



# QualityHealthPlans

of New York

"Where Quality Healthcare Begins"

## Resumen de Beneficios

# Advantage Silver Queens

H2773\_QHPNY0749S File & Use 09/23/2014



# ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)

(a Medicare Advantage Health Maintenance Organization (HMO) ofrecido por QUALITY HEALTH PLANS OF NEW YORK, INC. with a Medicare contract)

## Resumen de Beneficios

1 Enero 2015 a 31 Diciembre 2015

Este manual le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que paga. No enumera todos los servicios que cubrimos todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

### Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (pago por servicio de Medicare). Original Medicare es gestionado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es conseguir que sus beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare (como **ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

This Este folleto resumen de beneficios le ofrece un resumen de qué ventaja **ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)** cubre y lo que usted paga.

- Si usted quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pregunte a los otros planes para su Resumen de Beneficios folletos. O bien, utilice el busque los planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si usted quiere saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, busque en el actual manual de "Medicare y Usted". Ver la línea en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Las secciones en este folleto

- Cosas a saber sobre **ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**
- Prima mensual, el deducible y límites a la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos
- Cubierta de beneficios médicos y hospitalarios
- Beneficios de Medicamentos Recetados

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y en letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea Inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-877-233-7058.

### Lo que debe saber **ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**

#### Horario de Atención

- Del 1 de Octubre al 14 de Febrero nos puede llamar los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

- Del 15 de Febrero al 30 de Septiembre nos puede llamar de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

### ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO) Números de teléfono y sitio web

- Si usted es un miembro de este plan, llame gratis al 1-877-233-7058.
- Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-233-7058.
- Nuestro sitio web: <http://www.qualityhealthplansny.com>

### ¿Quién puede participar?

Para unirse **Advantage Silver - Queens (HMO)**, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, se inscribió en la Parte B de Medicare, y vive en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nueva York: Queens.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan no puede pagar por estos servicios. En general, usted debe utilizar farmacias de la red para surtir sus recetas para medicamentos de la Parte D cubiertos. Se puede ver de proveedores de nuestro plan y directorio de farmacias en nuestra página web (<http://www.qualityhealthplansny.com>). O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

### ¿Qué es lo que cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original - y mucho más.

- **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted puede pagar más en nuestro plan que lo haría en Medicare Original.** Para otros, es posible que pague menos.
- **Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Medicare Original.** Algunos de los beneficios adicionales que se describen en este folleto.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo plan de (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción a nuestra página web, <http://www.qualityhealthplansny.com>.
- O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia del formulario.

### ¿Cómo puedo determinar mis costos de los medicamentos?

Nuestros grupos del plan de cada medicamento en uno de los cinco "niveles". Usted tendrá que utilizar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento en determinar cuánto va a costar. La cantidad que usted paga depende de niveles de la droga y en qué etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento se tratará sobre las etapas de beneficios que se producen: cobertura inicial, el período sin cobertura y cobertura catastrófica.

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

Mensuales primas, los deducibles y los límites a la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos

|   |   |
|---|---|
| <b>¿Cuánto es la cuota mensual?</b>                                     | \$0 por mes. Además, debe continuar pagando su Prima de la Parte B de Medicare.   |
| <b>¿Cuánto es la cuota mensual?</b>                                     | Este plan no tiene un deducible.  |
| <b>¿Hay algún límite en cuánto voy a pagar mis servicios cubiertos?</b> | <p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan le protege por tener límites anuales sobre los gastos directos de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. En este plan, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por Medicare de proveedores de la red.</p> <p>Su límite anual(s) en este plan: \$ 3,400 por los servicios que reciba de proveedores de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos directos de su bolsillo, sigue recibiendo la cubierta en el hospital y los servicios médicos y nosotros pagaremos el costo total para el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía tendrá que pagar su mensualidad de las primas y los costos compartidos por sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> |
| <b>¿Hay un límite en la cantidad de el plan ha pagar?</b>               | No. No hay límites a la cantidad pagará nuestro plan.   |

**Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos**

**Nota:**

- Los servicios con una<sup>1</sup> puede requerir autorización previa.
- Los servicios con una<sup>2</sup> puede requerir un referido de su médico.

**Atención ambulatoria y Servicios**

|   |   |
|---|---|
| Acupuntura y Otros Terapias Alternativas <sup>1,2</sup> | Para hasta 4 visitas (s) cada año: Usted no paga  |
| Ambulancia  | Copago de \$ 125  |
| Cuidado Quiropráctico <sup>1,2</sup>                    | La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la espalda se mueven de posición): \$ 15 de copago |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|   |  |
|---|--|
| <p>Servicios Dentales<sup>1,2</sup></p>   | <p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, llenado, extracción o sustitución de dientes): Usted no paga</p> <p>Los servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (durante un máximo de 1 cada seis meses): Usted no paga</li> <li>• De rayos x (s) Dentales: Usted no paga</li> <li>• Examen oral (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga</li> </ul>                    |
| <p>Suministros y Servicios para la Diabetes<sup>1,2</sup></p>                                     | <p>Diabetes monitoreo suministros: 0-20% del costoo, dependiendo de la oferta</p> <p>Diabetes capacitación para el autocontrol: 0-20% del costoo, dependiendo del servicio</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticas: 20% del costoo</p>  |
| <p>Pruebas de diagnóstico, laboratorio y Servicios de radiología y radiografías<sup>1,2</sup></p> | <p>Los servicios de diagnóstico de radiología (tales como resonancias magnéticas, tomografías CT): \$ 0-250 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Los exámenes de diagnóstico y procedimientos: \$ 0-250 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: \$ 0-100 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Ambulatorios radiografías: \$ 5 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costoo</p> |
| <p>Visitas al Consultorio del Médico<sup>2</sup></p>  | <p>La atención primaria visita al médico: Usted no paga</p> <p>Visita Especialista: \$ 12 de copago</p>  |
| <p>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<sup>1</sup></p>                       | <p>0-20% del costoo, dependiendo del equipo</p> <p>Si usted va a un proveedor preferido, su costoo puede ser menor. Póngase en contacto con nosotros para una lista de proveedores preferidos.</p>   |
| <p>Atención de Emergencia</p>   | <p>Copago de \$ 65</p>   |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Si usted es admitido en el hospital dentro de las 23 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía para otros gastos.</p>  |
| <p>Cuidado de los pies (servicios de podología)</p> | <p>Exámenes y tratamiento del pie si tienen diabetes relacionada daño a los nervios y / o cumplir ciertas condiciones: \$ 15 de copago</p>   |
| <p>Servicios de Audición <sup>1,2</sup></p>         | <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio:<br/>         Copago de \$ 15<br/>         Examen de audición de rutina (para un máximo de una vez al año): Usted no paga</p> <p>Audición ayuda de montaje / evaluación (para un máximo de una vez cada dos años): \$ 15 de copago</p> <p>El audífono: Usted no paga</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$ 1,000 cada dos años para audífonos</p>  |
| <p>Home Health Care<sup>1,2</sup></p>               | <p>Usted no paga</p>   |
| <p>Cuidado de la Salud Mental<sup>1,2</sup></p>     | <p><b>Pacientes Hospitalizados visita:</b><br/>         Nuestro plan cubre hasta 190 días en un curso por vida para el cuidado de la salud mental como paciente interno en un hospital psiquiátrico. El límite de los servicios de hospitalización no se aplica a los servicios mentales de pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$ 150 por día para los días 1 a 7</li> <li>• Usted no paga por día durante los días 8 al 90</li> </ul> |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Ambulatorio visita de terapia grupal: \$ 30 de copago</p> <p>Ambulatorio visita de terapia individual: \$ 30 de copago</p>   |
| Rehabilitación Ambulatoria <sup>1,2</sup>                    | <p>(Del corazón) servicios de rehabilitación cardíaca (por un máximo de 2 de una hora sesiones por día para un máximo de 36 sesiones de hasta 36 semanas): \$ 30 de copago</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: copago de \$ 30</p> <p>La fisioterapia y la visita del habla y del lenguaje:<br/>Copago de \$ 30</p> |
| Ambulatorio de Abuso de Sustancias <sup>1,2</sup>            | <p>Grupo de consulta de terapia: \$ 30 de copago</p> <p>Individual visita de terapia: \$ 30 de copago</p>   |
| Cirugía Ambulatoria <sup>1,2</sup>                           | <p>Un centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$ 75</p> <p>Hospitalario para pacientes ambulatorios: \$ 175-200 copago, dependiendo de la servicio</p>   |
| El exceso de los Artículos de venta                          | <p>Por favor visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de cubiertos en la Mesa artículos de venta libre. Usted tiene un subsidio de \$ 77 cada 3 meses</p>  |
| Prótesis (aparatos ortopédicos, prótesis, etc.) <sup>1</sup> | <p>Dispositivos protésicos: 20% del costo</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% del costoo, dependiendo en el suministro de</p>  |
| Diálisis Renal <sup>1,2</sup>                                | <p>20% del costo</p>  |
| Transporte <sup>1,2</sup>                                    | <p>Hay un límite a cuánto pagará el plan: Usted pagar nada. 17 viajes de ida a planificar lugar aprobado, \$ 10 / reembolso viaje para un máximo anual de \$ 170</p>  |
| Atención de Urgencias  | <p>Copago de \$ 15</p>  |
| Servicios de la Vista <sup>1,2</sup>                         | <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluyendo detección de glaucoma anual): \$ 15 de copago</p> <p>Examen de rutina (para un máximo de 1 vez al año): \$ 30 de copago</p>  |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Los lentes de contacto (para un máximo de 1 por año): \$ 30 de copago</p> <p>Los anteojos (marcos y lentes) (para un máximo de 1 por año): \$ 30 de copago</p> <p>Los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Copago de \$ 30</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$ 100 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).</p>  |
| <p><b>Cuidado Preventivo</b> <sup>1,2</sup></p> | <p>Usted no paga</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Consejería El abuso de alcohol</li> <li>• Medición de masa ósea</li> <li>• La detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• La enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• La detección del cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Colonoscopia</li> <li>• Detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Evaluación de la depresión</li> <li>• Pruebas de diabetes</li> <li>• Prueba de sangre oculta en heces</li> <li>• La sigmoidoscopia flexible</li> <li>• La prueba del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Detección y consejería Obesidad</li> <li>• Detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Detección de infecciones de transmisión sexual y consejería</li> <li>• Asesoramiento consumir tabaco (asesoramiento para las personas sin ningún signo de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Las vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas neumocócicas</li> <li>• "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez)</li> <li>• Anual visita "Wellness"</li> </ul> <p>Cualquiera de los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato serán cubiertos.</p> |



**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|   |  |                           |              |                  |                           |
|---|--|---------------------------|--------------|------------------|---------------------------|
| <b>Hospicio</b>   | Usted no paga por el cuidado de hospicio desde un certificado de Medicare Hospice. Puede que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y cuidados paliativos.  |                           |              |                  |                           |
| <b>Atención para Pacientes Internados</b>               |  |                           |              |                  |                           |
| Atención para Pacientes Hospitalizados <sup>1,2</sup>   | <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$ 95 por día para los días 1 a 7</li> <li>• Usted no paga por día durante los días 8 al 90</li> </ul> |                           |              |                  |                           |
| Cuidado de Salud Mental                                 | Para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la "Salud Mental Sección de Cuidados "de este folleto.  |                           |              |                  |                           |
| Centro de Enfermería Especializada (SNF) <sup>1,2</sup> | <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días 21 a 100</li> </ul>  |                           |              |                  |                           |
| <b>Beneficios de Medicamentos de Venta con Receta</b>   |  |                           |              |                  |                           |
| <b>¿Cuánto debo pagar?</b>                              | <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia<sup>1</sup>: 20% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>: 20% del costo</p>   |                           |              |                  |                           |
| <b>Cobertura Inicial</b>                                | <p>Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual alcance \$ 2,960. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas y farmacias de pedidos por correo.</p> <p><b>Estándar Costo compartido por Menor</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Nivel</b></td> <td><b>Un mes de</b></td> <td><b>Suministro de tres</b></td> </tr> </table>   |                           | <b>Nivel</b> | <b>Un mes de</b> | <b>Suministro de tres</b> |
| <b>Nivel</b>  | <b>Un mes de</b>   | <b>Suministro de tres</b> |              |                  |                           |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

|  | <b>suministro</b> | <b>meses</b>    |
|--|-------------------|-----------------|
| Nivel 1 (Genéricos preferidos)                 | \$0               | \$0             |
| Nivel 2 (No-Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de \$ 10   | Copago de \$30  |
| Nivel 3 (Marca preferida)                      | Copago de \$30    | Copago de \$90  |
| Nivel 4 (No-Marca Preferida)                   | Copago de \$75    | Copago de \$225 |
| Nivel 5 (Nivel Especializado)                  | 33% del costo     | No Presentado   |

**Estándar Mail Order Costo Sharing**

| <b>Nivel</b>                                   | <b>Un mes de suministro</b> | <b>Suministro de tres meses</b> |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Nivel 1 (Genéricos preferidos)                 | \$0                         | \$0                             |
| Nivel 2 (No-Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de \$10              | Copago de \$20                  |
| Nivel 3 (Marca preferida)                      | Copago de \$30              | Copago de \$90                  |
| Nivel 4 (No-Marca Preferida)                   | Copago de \$75              | Copago de \$225                 |
| Nivel 5 (Nivel Especializado)                  | 33% del costo               | No Presentado                   |

Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Usted puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

**Falta de cobertura**

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado el "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

sus medicamentos. La falta de cobertura comienza después de que el costo del medicamento anual total (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que ha pagado) alcanza 2.960 dólares.

Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga 45% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y 65% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el costo total de \$ 4,700, que es el extremo de la brecha de cobertura. No todo el mundo va a entrar en la brecha de cobertura.

Bajo este plan, usted puede pagar mucho menos para la marca y los medicamentos genéricos en el formulario. Su costo varía según el nivel. Usted tendrá que utilizar su formulario para localizar nivel de su medicamento. Consulte la tabla que sigue para saber cuánto va a costar.

**Estándar Costo Compartido por Menor**

| <b>Nivel</b>                      | <b>Los medicamentos cubiertos</b> | <b>Un mes de suministro</b> | <b>Suministro de tres meses</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nivel 1<br>(Genéricos preferidos) | Todos                             | \$4 copago                  | Copago de \$12                  |

**Estándar Correo Costo Orden Compartir**

| <b>Nivel</b>                      | <b>Los medicamentos cubiertos</b> | <b>Un mes de suministro</b> | <b>Suministro de tres meses</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nivel 1<br>(Genéricos preferidos) | Todos                             | \$4 copago                  | Copago de \$8                   |

**Summary of Benefits for Contract H2773, Plan 013**  
**ADVANTAGE SILVER - QUEENS (HMO)**  
**Quality Health Plans of New York**

**Cobertura Catastrófica**

Luego que su costoo anual de medicamentos fuera de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista o de pedido por correo) alcance \$ 4,700, usted paga el mayor de:

- 5% del costoo, o
- \$ 2.65 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$ 6.60 por cualquier otro medicamento.