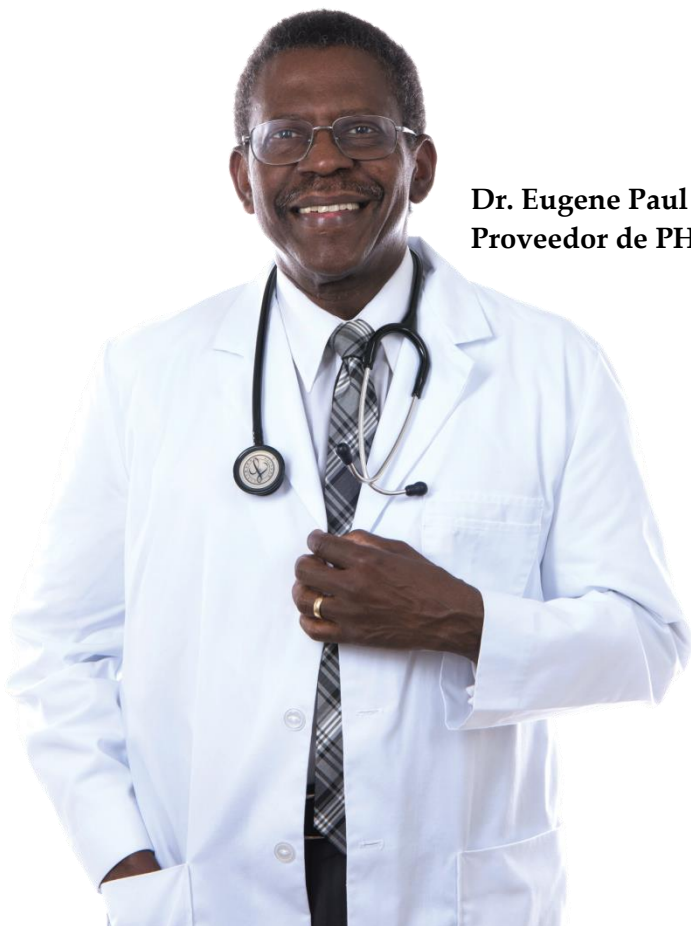


Su salud,
nuestra misión



Dr. Eugene Paul
Proveedor de PHP



2019 Resumen de beneficios

H3572
Condado de Fulton
1 enero 2019 – 31 diciembre 2019

PHP (HMO SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en PHP depende de la renovación del contrato.

La información de beneficio provista no lista cada servicio que cubrimos ni lista cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor solicite la "Evidencia de Cobertura."

Para unirse a PHP (HMO SNP), usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, estar diagnosticado con VIH/SIDA, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Georgia: Fulton.

Para más información, por favor llámenos al (833) 267-6768, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 711. O visítenos en www.php-ga.org.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (833) 267-6768, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar una reclamación en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar una reclamación, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-267-6768 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-833-267-6768 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-267-6768 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-833-267-6768 (TTY : 711)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-267-6768 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-833-267-6768 (ATS : 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-833-267-6768 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-833-267-6768 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-833-267-6768 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-267-6768 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-833-267-6768 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-833-267-6768 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (1-833-267-6768 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-267-6768 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-833-267-6768 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Prima mensual del plan	Usted no paga nada.	Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible	\$415 por año para medicamentos bajo receta de la Parte D.	
Responsabilidad máxima de su bolsillo <i>(no incluye medicamentos bajo receta)</i>	Usted no paga más de \$ 5,000 al año.	Este monto es lo que más pagará por copagos para servicios médicos para el año. Una vez que llega a este límite, pagaremos el costo total de sus servicios médicos para el resto del año.
Paciente internado	Usted paga lo siguiente para estadias de paciente internado: <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150 	Los copagos para beneficios de hospital se basan en periodos de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Termina cuando no ha recibido ningún cuidado en el hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, comenzará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado todos estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente internado estará limitada a 90 días. Requiere autorización previa.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Paciente ambulatorio de hospital	Usted no paga nada por servicios hospitalarios de paciente ambulatorio.	Algunos servicios requieren autorización previa.
Visitas al médico	Usted no paga nada para visitas de atención primaria. Usted no paga nada para visitas a especialistas.	Podría requerir derivación para visitas a especialistas. Algunos servicios de especialistas requieren autorización previa.
Atención preventiva	Usted no paga nada por servicios de atención preventiva como visita anual de bienestar, pruebas de detección de cáncer de senos, pruebas de diabetes, vacunas y varios otros servicios preventivos.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por visita.	
Servicios de necesidad urgente	Usted no paga nada.	
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/ Imagenología	Usted no paga nada para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos de diagnóstico, ej.: escaneos MRI, CT, PET • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Radiografías de paciente ambulatorio 	Requiere derivación. Algunas pruebas y servicios requieren autorización previa.
Servicios de audición	No paga nada por examen de la audición cada año. Usted no paga nada por audífonos.	Plan paga hasta \$400 cada año por hasta dos audífonos. Requiere autorización previa.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios dentales	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 veces al año) • Radiografías dentales (1 cada año) • Tratamiento de flúor (hasta 2 cada año) • Examen dental <p>Usted no paga nada por estos servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios restaurativos • Endodoncia/periodoncia/extracciones • Prostodoncia, otras cirugías dentales/maxilofaciales, otros servicios 	<p>Servicios dentales integrales se limitan a \$1,050 cada año.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios de la visión	<p>Usted no paga nada por estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo una prueba de detección de glaucoma anual) • Examen de la visión de rutina (1 cada año) • Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas <p>Usted no paga nada por los siguientes artículos para la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto • Anteojos (marcos y lentes) • Marcos de anteojos • Lentes de anteojos 	<p>Nuestro plan paga hasta \$100 cada año por artículos para la visión.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
<p>Servicios de salud mental</p>	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal de paciente ambulatorio • Visita de terapia individual de paciente ambulatorio <p>Usted paga lo siguiente para estadías de paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150 	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental de paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de la atención hospitalaria del paciente internado no aplica a servicios mentales de pacientes internados provistos en un hospital general. Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en periodos de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando no ha recibido ningún cuidado en el hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, comenzará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado todos estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente internado estará limitada a 90 días. Estadías de paciente internado requieren autorización previa.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Usted paga lo siguiente para estadías en SNF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para días 1 a 20 • \$100 de copago por día para días 21 a 100 	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un periodo de beneficio. Un periodo de beneficio comienza el día que es internado en un hospital o SNF. Termina cuando no ha recibido ningún cuidado de paciente internado o en un centro de atención especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, comenzará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. No requiere internación en hospital previa. Requiere de autorización previa.</p>
Fisioterapia	<p>Usted no paga nada por servicios de fisioterapia.</p>	<p>Requiere derivación y autorización previa.</p>
Ambulancia	<p>Usted paga \$150 de copago por servicios de ambulancia para viajes de ida o viajes de ida y vuelta.</p>	
Transporte	<p>No paga nada hasta por 15 viajes de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan cada año.</p>	<p>El Plan debe aprobar y reservar sus viajes.</p>
Medicamentos de Medicare Parte B	<p>Usted no paga nada por quimioterapia y otros medicamentos de Parte B.</p>	

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber																		
Medicamentos bajo receta de paciente ambulatorio																				
Fase 1: Deducible	Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta llegar a \$415.	Esta fase comienza cuando usted surte su primera receta en el año.																		
Fase 2: Cobertura inicial Nivel 1 (Genéricos) Nivel 2 (de marca preferidos) Nivel 3 (de marca no preferidos) Nivel 4 (medicamentos de especialidad)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Farmacia estándar de red</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Farmacia estándar de red</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Suministro de un mes</th> <th style="text-align: center;">Suministro de tres meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> </tr> <tr> <td>Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> </tr> <tr> <td>Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">No se ofrece</td> <td style="text-align: center;">No se ofrece</td> </tr> <tr> <td>Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">No se ofrece</td> <td style="text-align: center;">No se ofrece</td> </tr> </tbody> </table>		Farmacia estándar de red	Farmacia estándar de red		Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%	No se ofrece	No se ofrece	Usted paga 25%	No se ofrece	No se ofrece	Después de pagar su deducible anual, usted paga coseguro hasta que su costo total anual de medicamentos alcance \$3,820. Costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos pagados por usted y nuestro plan.
	Farmacia estándar de red	Farmacia estándar de red																		
	Suministro de un mes	Suministro de tres meses																		
Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%																		
Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%																		
Usted paga 25%	No se ofrece	No se ofrece																		
Usted paga 25%	No se ofrece	No se ofrece																		
Fase 3: Etapa de brecha de cobertura	Usted paga el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca y no más del 37% del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos.	La mayoría de los planes de Medicare tiene una brecha de cobertura (también llamada "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporario de lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) llega a \$3,820. Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que su costo total alcance \$5,100.																		

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Fase 4: Cobertura catastrófica	Usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.50 para todos los otros medicamentos. 	Después que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos llegan a \$5,100, usted entra en la fase de cobertura catastrófica. Usted permanece en esta fase hasta fin de año.
<p>El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.php-ga.org/for-members/espanol.</p> <p>Si recibe la "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, la información anterior sobre el costo compartido de la Parte D no se aplica a usted. Por favor llámenos para más información.</p>		
Additional Benefits		
Servicios quiroprácticos	Usted no paga nada por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Nuestro plan cubre solo la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. Requiere derivación y autorización previa.
Equipo Médico Duradero (DME) y suministros	Usted no paga nada por DME cubierto y suministros médicos.	Requiere autorización previa.
Cuidado de pies (<i>servicios de podiatría</i>)	Usted no paga nada por los siguientes servicios de podiatría cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies • Cuidado de los pies de rutina 	Requiere derivación y autorización previa.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Programa de Salud y Bienestar	Usted no paga nada por el plan de Beneficio Suplementario de Salud y Bienestar, el cual es una elección entre una membresía de gimnasio O hasta \$200 cada año para artículos de farmacia de venta libre.	

PHP tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y usted”**. Véalo en línea en www.medicare.gov o reciba una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como letra grande o en audio.

Para más información, por favor llámenos al (833) 267-6768, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 711. O visítenos en www.php-ga.org.

