

# Advantage MD

## RESUMEN DE BENEFICIOS

### *Planes de salud Advantage MD de 2024*

**Johns Hopkins Advantage MD (HMO)**

**Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO)**

**Johns Hopkins Advantage MD (PPO)**

**Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)**

**Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)**

**Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)**

H1225\_004 H3890\_005

H1225\_001 H3890\_001

H3890\_002 H3890\_004

Y0124\_SOB0623\_M Accepted



**JOHNS HOPKINS**  
HEALTH PLANS

## **Sección I: Introducción del Resumen de beneficios**

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos o visite en el sitio web la sección Evidencia de cobertura.

### **Usted tiene opciones en cuanto a cómo recibir sus beneficios de Medicare**

Por ejemplo, puede obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con una tarifa por cada servicio). Original Medicare es operado directamente por el gobierno Federal. Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de salud de Medicare, como Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO), Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO), Johns Hopkins Advantage MD (HMO), Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) o Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

### **Consejos para comparar sus opciones de Medicare:**

Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes sus cuadernillos de Resumen de beneficios. O utilice el buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual Medicare y Usted. Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **Secciones en este cuadernillo**

- Detalles que debe saber sobre nuestros planes
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, audio y letra grande. Si desea obtener información adicional, llámenos al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

### **Detalles que debe saber sobre nuestros planes:**

#### Horarios de atención

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

### **Números de teléfono de Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO), Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO):**

Si usted es miembro de estos planes, llame gratis al [1-877-293-5325](tel:1-877-293-5325) (TTY: [711](tel:711)). Si usted no es miembro de estos planes, llame gratis al 1-888-403-7662 (TTY: [711](tel:711)).

### **Números de teléfono de Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (HMO):**

Si usted es miembro de este plan, llame gratis al [1-877-293-4998](tel:1-877-293-4998) (TTY: [711](tel:711)). Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

### **El sitio web de nuestro plan:**

[www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)

## ¿Quién puede unirse?

Para unirse, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en el área de servicio del plan.

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Frederick, Howard y Montgomery.

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD (PPO) incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Frederick, Howard y Montgomery.

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) incluye los siguientes condados en Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester. (Johns Hopkins Advantage MD Plus no está disponible en el condado de Montgomery).

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) incluye solamente el condado de Montgomery.

## Todos los miembros PPO:

Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

## Todos los miembros HMO:

Si usa proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague por estos servicios. Se requieren remisiones solamente para cuidados de especialidad.

## Todos los miembros:

En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)). O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

## ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, puede pagar menos. Los miembros de nuestro plan además obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Nuestros planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia/radiación y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

## ¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficios que se presentan: Cobertura inicial, Brecha de cobertura y Cobertura catastrófica.

# Planes HMO

Beneficios y cobertura	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS		
<b>Prima mensual del plan</b> (prima de la Parte C y de la Parte D combinada)	<b>\$0</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$20</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Reducción de la prima de la Parte B, si corresponde</b>	Johns Hopkins Advantage MD reducirá su prima de la Parte B de Medicare \$40 por mes.	No corresponde
<b>Deducibles, incluyendo el nivel de plan y nivel de categoría deducible</b>	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Responsabilidad máxima de costos de bolsillo</b> (sin incluir los medicamentos recetados)	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan: <b>\$6,400</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan: <b>\$7,550</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>
	<p>Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D. [Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) no ofrece ningún beneficio de la Parte D].</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios de cualquier proveedor.</p>	

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<p><b>Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días por cada servicio de hospitalización cubierto por Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días por cada servicio de hospitalización cubierto por Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cobertura hospitalaria ambulatoria</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$350</p>	<p>Copago de \$300</p>
<p><b>Servicios del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$250</p>	<p>Copago de \$225</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de Atención Primaria</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	Copago de \$0  Copago de \$50	Usted no paga nada  Copago de \$45
<b>Atención preventiva</b> (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes)	Usted no paga nada  Usted no paga nada  Nuestro plan cubre varios servicios preventivos que incluyen: Detección de aneurisma aórtica abdominal Examen físico anual de rutina Consulta anual de bienestar Enemas de bario Examen de densitometría ósea (densidad ósea) Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Evaluaciones cardiovasculares Detección de cáncer cervical y vaginal Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, FOBT y kit FIT) Detección de depresión Detección de diabetes Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes Exámenes digitales del recto Electrocardiograma luego de una Visita inicial Programas de educación sobre salud y bienestar Detección de VIH Inmunizaciones Servicios de terapia médica nutricional Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Detección de cáncer de próstata Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Dejar de fumar y consumir productos derivados del tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Cuidado de la vista Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez)  Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.	

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$95 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. <u>La atención de emergencia se cubre solo en los Estados Unidos.</u>	Copago de \$100 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. <u>La atención de emergencia se cubre solo en los Estados Unidos.</u>
<b>Servicios necesarios con urgencia</b>	Copago de \$40 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. <u>Los servicios necesarios con urgencia se cubren solo en los Estados Unidos.</u>	Copago de \$50 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. <u>Los servicios necesarios con urgencia se cubren solo en los Estados Unidos.</u>



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre):            Usted no paga nada</p> <p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (<i>por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC</i>):            Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico</b> (<i>tal como mamografía y ecografía</i>):            Copago de \$50</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> (<i>tal como IRM, TC</i>):            Copago de \$250</p> <p><b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> (<i>tal como tratamiento de radiación para el cáncer</i>):            Coaseguro del 20 %</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre):            Usted no paga nada</p> <p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (<i>por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC</i>):            Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico</b> (<i>tal como mamografía y ecografía</i>):            Copago de \$20</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> (<i>tal como IRM, TC</i>):            Copago de \$175</p> <p><b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> (<i>tal como tratamiento de radiación para el cáncer</i>):            Coaseguro del 20 %</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina</li> <li>Audífonos</li> </ul>	<p><b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> Copago de \$10</p> <p><b>Examen de audición de rutina:</b> Usted no paga nada (<i>un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing</i>)</p> <p><b>Audífonos:</b> Usted paga un copago de \$399 por audífono para audífonos Advanced o un copago de \$699 por audífono para audífonos Premium por hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año).</p>	<p><b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Examen de audición de rutina:</b> Usted no paga nada (<i>un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing</i>)</p> <p><b>Audífonos:</b> Usted paga un copago de \$699 por audífono para audífonos Advanced o un copago de \$999 por audífono para audífonos Premium por hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año).</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal y limpieza</li> <li>Beneficios suplementarios opcionales (disponibles solamente con Advantage MD HMO)</li> </ul> <p>(Los servicios completos no cubiertos por Medicare pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (2 limpiezas al año):</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Tratamientos con flúor:</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Radiografías odontológicas (La frecuencia depende del tipo de radiografía):</b> Usted no paga nada</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (1 limpieza al año):</b> copago de \$20</p> <p><b>Tratamientos con flúor:</b> Sin cobertura.</p> <p><b>Radiografías odontológicas (La frecuencia depende del tipo de radiografía):</b> Copago de \$20</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	<p><b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> Usted no paga nada</p> <p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> <i>(La frecuencia depende del procedimiento).</i></p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$2,000 por año para servicios odontológicos integrales dentro de la red no cubiertos por Medicare. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p> <p><b>Servicios de restauración</b> <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p><b>Endodoncia</b> <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada</p>	<p><b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> Copago de \$20</p> <p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> Sin cobertura.</p> <p><b>Beneficio suplementario opcional:</b> Por \$23 adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario que incluye beneficios odontológicos integrales. El beneficio odontológico integral tiene un monto máximo de cobertura de \$1,000 por año. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red. Los siguientes servicios odontológicos integrales están cubiertos como parte del paquete de beneficios suplementarios opcionales <b>(disponible con prima adicional):</b></p> <p><b>Servicios de restauración</b> <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$50</p> <p><b>Endodoncia</b> <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<p><b>Periodoncia</b> <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p><b>Extracciones</b> <i>(como extracciones, coronectomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p><b>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios</b> <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada</p>	<p><b>Periodoncia</b> <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$50</p> <p><b>Extracciones</b> <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100</p> <p><b>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios</b> <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$50-\$100 dependiendo del servicio</p>
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<p><b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> Copago de \$50</p> <p><b>Detección anual de glaucoma:</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Examen ocular de rutina</b> <i>(1 por año):</i> Usted no paga nada</p>	<p><b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> Copago de \$50</p> <p><b>Detección anual de glaucoma:</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Examen ocular de rutina</b> <i>(1 por año):</i> Usted no paga nada</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Servicios oftalmológicos</b> (continuación)	<p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>            Usted no paga nada</p> <p><b>Anteojos de rutina:</b>            Nuestro plan paga hasta \$300 cada dos años por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>	<p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>            Usted no paga nada</p> <p><b>Anteojos de rutina:</b>            Nuestro plan paga hasta \$250 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b>            (Las visitas como paciente hospitalizado pueden requerir autorización previa y/o remisión. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>            Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b>            Visita de terapia individual o grupal:            Copago de \$25</p> <p><b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b>            Visita de terapia individual o grupal:            Copago de \$40</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>            Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b>            Visita de terapia individual o grupal:            Copago de \$20</p> <p><b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b>            Visita de terapia individual o grupal:            Copago de \$20</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<p><b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>No paga nada por día durante los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>No paga nada por día durante los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21 a 100.</p>
<p><b>Fisioterapia</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$10</p>	<p>Copago de \$30</p>
<p><b>Ambulancia</b>            (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$290 (terrestre)</p> <p>Coaseguro del 20 % (aérea)            El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$240 (terrestre)</p> <p>Copago de \$240 (aérea)            El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Transporte</b>	<p>No paga nada por hasta 24 viajes de ida que no sean de emergencia dentro del área de servicio del plan a cualquier ubicación relacionada con la salud. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para concertar un viaje. Los arreglos deben hacerse con al menos 48 horas de anticipación.</p>	<p>No paga nada por hasta 12 viajes de ida que no sean de emergencia dentro del área de servicio del plan a cualquier ubicación relacionada con la salud. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para concertar un viaje. Los arreglos deben hacerse con al menos 48 horas de anticipación.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p> <p>Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación:  0 % a 20 % del costo total</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B:  0 % a 20 % del costo total</p> <p>Insulina de la Parte B de Medicare:  El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación:  0 % a 20 % del costo total</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B:  0 % a 20 % del costo total</p> <p>Insulina de la Parte B de Medicare:  El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</p>

Beneficios y cobertura	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (medicamentos de la Parte D de Medicare)		
<b>Deducible por farmacia (Parte D)</b>	Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.	Sin deducible.
<b>Cobertura inicial</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido estándar al por menor <i>(El costo compartido de la insulina aparece abajo)</i></li> </ul>	Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales en medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico para la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro cuadernillo Evidencia de cobertura.
	Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.	<p><b>Nivel 1 (<i>genérico preferido</i>)</b>            \$0 para un suministro de un mes            \$0 para un suministro de dos meses            \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (<i>genérico</i>)</b>            \$10 para un suministro de un mes            \$15 para un suministro de dos meses            \$20 para un suministro de tres meses</p>



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar al por menor (continuación)</li> </ul>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$47 para un suministro de un mes  \$94 para un suministro de dos meses  \$141 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  \$100 para un suministro de un mes  \$200 para un suministro de dos meses  \$300 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar de pedido por correo (<i>El costo compartido de la insulina aparece abajo</i>)</li> </ul>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>  \$0 para un suministro de un mes  \$0 para un suministro de dos meses  \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>  \$10 para un suministro de un mes  \$15 para un suministro de dos meses  \$20 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$47 para un suministro de un mes  \$70.50 para un suministro de dos meses  \$94 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar de pedido por correo (<i>El costo compartido de la insulina aparece abajo</i>)</li> </ul>		<p><b>Nivel 4 (<i>medicamento no preferido</i>)</b>            \$100 para un suministro de un mes            \$150 para un suministro de dos meses            \$200 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (<i>nivel de especialidad</i>)</b>            33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido al por menor para insulina</li> </ul>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p><b>Nivel 1 (<i>genérico preferido</i>)</b>            Copago de \$0 para un suministro de un mes            Copago de \$0 para un suministro de dos meses            Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (<i>genérico</i>)</b>            Copago de \$10 para un suministro de un mes            Copago de \$15 para un suministro de dos meses            Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido al por menor para insulina (continued)</li> </ul>		<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido de pedido por correo para insulina</li> </ul>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p><b>Nivel 1 (<i>genérico preferido</i>)</b>  Copago de \$0 para un suministro de un mes  Copago de \$0 para un suministro de dos meses  Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (<i>genérico</i>)</b>  Copago de \$10 para un suministro de un mes  Copago de \$15 para un suministro de dos meses  Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (<i>marca preferida</i>)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses  Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (<i>medicamento no preferido</i>)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses  Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (<i>nivel de especialidad</i>)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Brecha de cobertura</b>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p>La mayoría de los planes de Medicare para medicamentos tienen una brecha de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza a partir del momento en que el costo total anual de sus medicamentos (<i>incluyendo tanto lo que el plan ha pagado como lo que usted ha pagado</i>) alcanza los \$5,030. Después de ingresar a la brecha de cobertura, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen el monto de \$8,000, que es el final de la brecha de cobertura. En el caso de medicamentos de Nivel 1, continúa pagando \$0 durante esta etapa.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Cobertura catastrófica</b>	<p>Con este plan, no se ofrecen beneficios de la Parte D.</p>	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (<i>incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por correo postal</i>) alcancen el monto de \$8,000, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</p> <p>Para los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago del Nivel 2. Los medicamentos excluidos cubiertos incluyen vitaminas recetadas seleccionadas, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil. Estos medicamentos y sus límites de cantidad se enumeran en el cuadernillo Lista de medicamentos en la sección titulada "Cobertura de medicamentos adicionales".</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos</b>		
<b>Acupuntura</b>	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> Coaseguro del 20 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> Sin cobertura	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> Coaseguro del 20 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> Sin cobertura
<b>Atención quiropráctica</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<b>Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare:</b> Copago de \$10  <b>Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare</b> Sin cobertura	<b>Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare:</b> Copago de \$15  <b>Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare</b> Sin cobertura
<b>Programa Silver&amp;Fit® para ejercicios y envejecimiento saludable</b>	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.
<b>Atención médica en el hogar</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Usted no paga nada	Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Productos de venta libre</b>	<p>Usted no paga nada</p> <p>El plan cubre hasta \$35 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>El plan cubre hasta \$60 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.</p>
<b>Servicios de rehabilitación</b> Las visitas de terapia ocupacional pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado).  Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> Usted no paga nada  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> Copago de \$10  <b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> Copago de \$10	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> Usted no paga nada  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> Copago de \$30  <b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> Copago de \$30
<b>Diálisis renal</b>	Coaseguro del 20 %	Coaseguro del 20 %
<b>Atención de hospicio</b>	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del coaseguro por medicamentos y atención de relevo. Se cubre el hospicio fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.	



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Tribute (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (HMO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>
<b>Comidas posteriores al alta</b>	Sin cobertura.	<p>Después de su hospitalización (<i>ya sea en un hospital o en un centro de enfermería especializada</i>), usted es elegible para recibir tres (3) comidas al día durante cinco (5) días.</p> <p>Nuestro equipo de administración de la atención trabajará con los miembros elegibles para coordinar la entrega de las comidas proporcionadas por nuestro proveedor. El programa de comidas se limita a cuatro veces por año calendario.</p> <p>Usted no paga nada por las comidas posteriores al alta.</p>
<b>Telesalud</b>	Usted no paga nada	Usted no paga nada
<b>Atención de emergencia en todo el mundo</b>	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Atención de urgencia en todo el mundo</b>	Sin cobertura	Sin cobertura

# Planes PPO

Beneficios y cobertura	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS</b>				
<b>Prima mensual del plan</b> (prima de la Parte C y de la Parte D combinada)	<b>\$0</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$90</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$120</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$291</b> al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Reducción de la prima de la Parte B, si corresponde</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Deducibles, incluyendo el nivel de plan y nivel de categoría deducible</b>	Deducible médico de \$800. El deducible es combinado dentro y fuera de la red.	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Responsabilidad máxima de costos de bolsillo</b> (sin incluir los medicamentos recetados)	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p><b>\$7,550</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p><b>\$11,300</b> por servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p><b>\$7,550</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p><b>\$11,300</b> por servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p><b>\$7,550</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p><b>\$11,300</b> por servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p><b>\$7,550</b> por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p><b>\$11,300</b> por servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<p>Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios de cualquier proveedor.</p>				
<p><b>Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado</b>  (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30 %</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$330 por día durante los días 1 a 6 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 7 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30 %</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$330 por día durante los días 1 a 6 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 7 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30 %</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p><i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$200 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30 %</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$300  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$300  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$300  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$150
<b>Servicios del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$225  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$225  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$225  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de Atención Primaria</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$5  <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40 %  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$50  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 40 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$25  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %
<b>Atención preventiva</b> (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes)	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	<p>Nuestro plan cubre varios servicios preventivos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Detección de aneurisma aórtica abdominal</li> <li>Examen físico anual de rutina</li> <li>Consulta anual de bienestar</li> <li>Enemas de bario</li> <li>Examen de densitometría ósea (densidad ósea)</li> <li>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> <li>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</li> <li>Evaluaciones cardiovasculares</li> <li>Detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, FOBT y kit FIT)</li> <li>Detección de depresión</li> <li>Detección de diabetes</li> <li>Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes</li> <li>Exámenes digitales del recto</li> <li>Electrocardiograma luego de una Visita inicial</li> <li>Programas de educación sobre salud y bienestar</li> <li>Detección de VIH</li> <li>Inmunizaciones</li> <li>Servicios de terapia médica nutricional</li> <li>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</li> <li>Detección de cáncer de próstata</li> <li>Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</li> <li>Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> <li>Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</li> <li>Dejar de fumar y consumir productos derivados del tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</li> <li>Cuidado de la vista</li> <li>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez)</li> </ul> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>			

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Atención de emergencia</b>	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$95 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$90 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$90 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$90 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios con urgencia</b>	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$50 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$40 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$40 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$20 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/ imágenes</b>	<b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios de laboratorio</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> copago de \$5



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<p><b>Servicios de diagnóstico/lab oratorio/ imágenes</b> (continuación)</p> <p>(Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC):  <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía y ecografía):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$20  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$175  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC):  <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía y ecografía):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 40 %</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$250  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC):  <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía y ecografía):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC):</b>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$250  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC):  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10</p> <p><b>Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía y ecografía):</b>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10</p> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC):</b>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	<b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> <i>(tal como tratamiento de radiación para el cáncer):</i> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> <i>(tal como tratamiento de radiación para el cáncer):</i> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> <i>(tal como tratamiento de radiación para el cáncer):</i> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios radiológicos terapéuticos</b> <i>(tal como tratamiento de radiación para el cáncer):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20 %
<b>Servicios de audición</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina</li> </ul>	<b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$50  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Examen de audición de rutina:</b> Sin cobertura.	<b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$50  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %  <b>Examen de audición de rutina:</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>(un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing).</i>  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Examen de audición de rutina:</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>(un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing).</i>  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10  <b>Examen de audición de rutina:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada <i>(cubierto dentro de la red mediante un proveedor TruHearing y se limita a 1 examen por año).</i>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> </ul>	<b>Audífonos:</b> Sin cobertura.	<b>Audífonos:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga un copago de \$699 por audífono para audífonos Advanced o un copago de \$999 por audífono para audífonos Premium por hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año).	<b>Audífonos:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga un copago de \$699-\$999, dependiendo del tipo y estilo de audífono seleccionado por hasta dos audífonos de marca TruHearing cada año (uno por oído por año).	<b>Audífonos:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga un copago de \$399 por audífono para audífonos Advanced o un copago de \$699 por audífono para audífonos Premium por hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año).
<b>Servicios odontológicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal y limpieza</li> <li>Beneficios suplementarios opcionales (disponibles solamente con Advantage MD Plus PPO)</li> </ul> <p>(Los servicios completos no cubiertos por Medicare pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización)</p>	<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 % <b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (2 limpiezas al año):</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 % <b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (2 limpiezas al año):</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 % <i>Fuera de la red:</i> copago de \$100 <b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (2 limpiezas al año):</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> copago de \$10 <b>Servicios odontológicos preventivos:</b> <b>Limpiezas (2 limpiezas al año):</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<p><b>Tratamientos con flúor:</b>  <i>(2 tratamientos con flúor al año):</i>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Radiografías odontológicas</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de radiografía):</i>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Tratamientos con flúor:</b>  <i>(2 tratamientos con flúor al año):</i>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Radiografías odontológicas</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de radiografía):</i>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Tratamientos con flúor:</b>            Sin cobertura.</p> <p><b>Radiografías odontológicas</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de radiografía):</i>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Tratamientos con flúor:</b>  <i>(2 tratamientos con flúor al año):</i>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><b>Radiografías odontológicas</b> <i>(frecuencia determinada por el tipo de radiografía):</i>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Exámenes odontológicos</b> <i>(La frecuencia depende del tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> <i>(La frecuencia depende del procedimiento).</i></p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$2,000 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p>	<p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> <i>(La frecuencia depende del procedimiento).</i></p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,000 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p>	<p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> Sin cobertura.</p> <p><b>Beneficio suplementario opcional:</b> Por \$23 adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario que incluye beneficios odontológicos integrales. El beneficio odontológico integral tiene un monto máximo de cobertura de \$1,000 por año. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p> <p>Los siguientes servicios odontológicos integrales están cubiertos como parte del paquete de beneficios suplementarios opcionales <b>(disponible con prima adicional):</b></p>	<p><b>Servicios odontológicos integrales:</b> <i>(La frecuencia depende del procedimiento).</i></p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<p><b>Servicios de restauración</b>  <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Endodoncia</b>  <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Servicios de restauración</b>  <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Endodoncia</b>  <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Servicios de restauración</b>  <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            copago de \$50</p> <p><b>Endodoncia</b>  <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            copago de \$100</p>	<p><b>Servicios de restauración</b>  <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><b>Endodoncia</b>  <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, pulpotomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<p><b>Periodoncia</b>  <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Extracciones</b>  <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Periodoncia</b>  <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Extracciones</b>  <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Periodoncia</b>  <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            copago de \$50</p> <p><b>Extracciones</b>  <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            copago de \$100</p>	<p><b>Periodoncia</b>  <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, desbridamiento total de boca, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><b>Extracciones</b>  <i>(como extracciones, coronectomía, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p>



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios odontológicos</b> (continuación)	<b>Prostodoncia/ otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios</b> (como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.)  La frecuencia depende del procedimiento.  <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Prostodoncia/ otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios</b> (como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.)  La frecuencia depende del procedimiento.  <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Prostodoncia/ otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios</b> (como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.)  La frecuencia depende del procedimiento.  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$50-\$100 dependiendo del servicio	<b>Prostodoncia/ otras cirugías odontológicas/maxilofaciales/otros servicios</b> (como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, consulta, anestesia, etc.)  La frecuencia depende del procedimiento.  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$10  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$50  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios oftalmológicos</b> (continuación)	<p><b>Detección anual de glaucoma:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p> <p><b>Examen ocular de rutina (1 por año):</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p> <p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Detección anual de glaucoma:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Examen ocular de rutina (1 por año):</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p> <p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 50 %</p>	<p><b>Detección anual de glaucoma:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p> <p><b>Examen ocular de rutina (1 por año):</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            Coaseguro del 45 %</p> <p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>  <i>Dentro de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><i>Fuera de la red:</i>            coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Detección anual de glaucoma:</b>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><b>Examen ocular de rutina (1 por año):</b>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p> <p><b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</b>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i>            Usted no paga nada</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios oftalmológicos</b> (continuación)	<b>Anteojos de rutina:</b> Nuestro plan paga hasta \$200 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.	<b>Anteojos de rutina:</b> Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.	<b>Anteojos de rutina:</b> Nuestro plan paga hasta \$150 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.	<b>Anteojos de rutina:</b> Nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<p><b>Servicios de salud mental</b>  (Las visitas como paciente hospitalizado pueden requerir autorización previa y/o remisión. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>  Usted paga un copago de \$350 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i>  coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>  Usted paga un copago de \$310 por día durante los días 1 a 6 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 7 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i>  coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>  Usted paga un copago de \$310 por día durante los días 1 a 6 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 7 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i>  coaseguro del 30 %</p>	<p><b>Visita como paciente hospitalizado:</b>  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p><i>Dentro de la red:</i>  Usted paga un copago de \$200 por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i>  coaseguro del 30 %</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios de salud mental</b> (continuación)	<b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %  <b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$25  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias:</b> Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
<b>Centro de Enfermería Especializada</b> (Skilled Nursing Facility, SNF) (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.  <i>Dentro de la red:</i> No paga nada por día durante los días 1 a 20  Copago de \$196 por día para los días 21 a 100.  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.  <i>Dentro de la red:</i> No paga nada por día durante los días 1 a 20  Copago de \$160 por día para los días 21 a 100.  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.  <i>Dentro de la red:</i> No paga nada por día durante los días 1 a 20  Copago de \$150 por día para los días 21 a 100.  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.  <i>Dentro de la red:</i> No paga nada por día durante los días 1 a 20  Copago de \$100 por día para los días 21 a 100.  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Fisioterapia</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$30  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
<b>Ambulancia</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$200 (terrestre)  Coaseguro del 20 % (aérea)  El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$210 (terrestre)  Copago de \$210 (aérea)  El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$210 (terrestre)  Copago de \$210 (aérea)  El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100 (terrestre)  Copago de \$225 (aire)  El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Ambulancia</b> (continuación)	En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.
<b>Transporte</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 % <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 % Otros medicamentos de la Parte B e insulina: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 %	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 % <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45 % Otros medicamentos de la Parte B e insulina: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 %	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 % <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 % Otros medicamentos de la Parte B e insulina: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 %	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 % Otros medicamentos de la Parte B e insulina: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 0 % a 20 %

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<p>Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<p><i>El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</i></p> <p><i>Fuera de la red: coaseguro del 30 %</i></p>	<p><i>El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 45 %</i></p>	<p><i>El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</i></p> <p><i>Fuera de la red: coaseguro del 30 %</i></p>	<p><i>El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 0 % a 20 %</i></p>



Beneficios y cobertura	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (medicamentos de la Parte D de Medicare)				
<b>Deducible por farmacia (Parte D)</b>	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
<b>Cobertura inicial</b>	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales en medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico para la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro cuadernillo Evidencia de cobertura.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar al por menor (<i>El costo compartido de la insulina aparece abajo</i>)</li> </ul>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$5 para un suministro de un mes            \$7.50 para un suministro de dos meses            \$10 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$20 para un suministro de un mes            \$30 para un suministro de dos meses            \$40 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$4 para un suministro de un mes            \$6 para un suministro de dos meses            \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$12 para un suministro de un mes            \$18 para un suministro de dos meses            \$24 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$4 para un suministro de un mes            \$6 para un suministro de dos meses            \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$12 para un suministro de un mes            \$18 para un suministro de dos meses            \$24 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$0 para un suministro de un mes            \$0 para un suministro de dos meses            \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$10 para un suministro de un mes            \$15 para un suministro de dos meses            \$20 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar al por menor (continuación)</li> </ul>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$47 para un suministro de un mes  \$94 para un suministro de dos meses  \$141 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  \$100 para un suministro de un mes  \$200 para un suministro de dos meses  \$300 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$47 para un suministro de un mes  \$94 para un suministro de dos meses  \$141 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  \$100 para un suministro de un mes  \$200 para un suministro de dos meses  \$300 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$47 para un suministro de un mes  \$94 para un suministro de dos meses  \$141 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  \$100 para un suministro de un mes  \$200 para un suministro de dos meses  \$300 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  \$40 para un suministro de un mes  \$80 para un suministro de dos meses  \$120 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  \$90 para un suministro de un mes  \$180 para un suministro de dos meses  \$270 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>  33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar de pedido por correo (<i>El costo compartido de la insulina aparece abajo</i>)</li> </ul>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$5 para un suministro de un mes            \$7.50 para un suministro de dos meses            \$10 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$20 para un suministro de un mes            \$30 para un suministro de dos meses            \$40 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            \$47 para un suministro de un mes            \$70.50 para un suministro de dos meses            \$94 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$4 para un suministro de un mes            \$6 para un suministro de dos meses            \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$12 para un suministro de un mes            \$18 para un suministro de dos meses            \$24 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            \$47 para un suministro de un mes            \$70.50 para un suministro de dos meses            \$94 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$4 para un suministro de un mes            \$6 para un suministro de dos meses            \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$12 para un suministro de un mes            \$18 para un suministro de dos meses            \$24 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            \$47 para un suministro de un mes            \$70.50 para un suministro de dos meses            \$94 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>            \$0 para un suministro de un mes            \$0 para un suministro de dos meses            \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>            \$10 para un suministro de un mes            \$15 para un suministro de dos meses            \$20 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            \$40 para un suministro de un mes            \$60 para un suministro de dos meses            \$80 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido estándar de pedido por correo (continuación)</li> </ul>	<p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            \$100 para un suministro de un mes            \$150 para un suministro de dos meses            \$200 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>            33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            \$100 para un suministro de un mes            \$150 para un suministro de dos meses            \$200 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>            33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            \$100 para un suministro de un mes            \$150 para un suministro de dos meses            \$200 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>            33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            \$90 para un suministro de un mes            \$135 para un suministro de dos meses            \$180 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b>            33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido al por menor para insulina</li> </ul>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>  Copago de \$5 para un suministro de un mes  Copago de \$7.50 para un suministro de dos meses  Copago de \$10 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>  Copago de \$20 para un suministro de un mes  Copago de \$30 para un suministro de dos meses  Copago de \$40 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>  Copago de \$4 para un suministro de un mes  Copago de \$6 para un suministro de dos meses  Copago de \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>  Copago de \$12 para un suministro de un mes  Copago de \$18 para un suministro de dos meses  Copago de \$24 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>  Copago de \$4 para un suministro de un mes  Copago de \$6 para un suministro de dos meses  Copago de \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>  Copago de \$12 para un suministro de un mes  Copago de \$18 para un suministro de dos meses  Copago de \$24 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b>  Copago de \$0 para un suministro de un mes  Copago de \$0 para un suministro de dos meses  Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b>  Copago de \$10 para un suministro de un mes  Copago de \$15 para un suministro de dos meses  Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>  Copago de \$35 para un suministro de un mes  Copago de \$70 para un suministro de dos meses  Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido al por menor para insulina (continuación)</li> </ul>	<p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b></p> <p>Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b></p> <p>Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b></p> <p>Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b></p> <p>Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo compartido de pedido por correo para insulina</li> </ul>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$5 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$7.50 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$10 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b></p> <p>Copago de \$20 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$30 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$40 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$4 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$6 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b></p> <p>Copago de \$12 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$18 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$24 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$4 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$6 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$8 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b></p> <p>Copago de \$12 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$18 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$24 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 1 (genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$0 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$0 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 2 (genérico)</b></p> <p>Copago de \$10 para un suministro de un mes</p> <p>Copago de \$15 para un suministro de dos meses</p> <p>Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Costo compartido de pedido por correo para insulina (continuación)	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p>	<p><b>Nivel 3 (marca preferida)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p><b>Nivel 4 (medicamento no preferido)</b>            Copago de \$35 para un suministro de un mes            Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses            Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Costo compartido de pedido por correo para insulina (continuación)	<b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b> Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)  Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.	<b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b> Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)  Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.	<b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b> Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)  Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.	<b>Nivel 5 (nivel de especialidad)</b> Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)  Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.
<b>Brecha de cobertura</b>	<p>La mayoría de los planes de Medicare para medicamentos tienen una brecha de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza a partir del momento en que el costo total anual de sus medicamentos (<i>incluyendo tanto lo que el plan ha pagado como lo que usted ha pagado</i>) alcanza los \$5,030. Después de ingresar a la brecha de cobertura, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen el monto de \$8,000, que es el final de la brecha de cobertura.</p>			
<b>Cobertura catastrófica</b>	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (<i>incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por correo postal</i>) alcancen el monto de \$8,000, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</p> <p>Para los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago del Nivel 2. Los medicamentos excluidos cubiertos incluyen vitaminas recetadas seleccionadas, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil. Estos medicamentos y sus límites de cantidad se enumeran en el cuadernillo Lista de medicamentos en la sección titulada "Cobertura de medicamentos adicionales".</p>			



<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos				
<b>Acupuntura</b>	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> Sin cobertura	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> Sin cobertura	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Nuestro plan pagará hasta \$200 anualmente por los servicios.	<b>Acupuntura cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Acupuntura no cubierta por Medicare:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Nuestro plan pagará hasta \$300 anualmente por los servicios.
<b>Atención quiropráctica</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<b>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$15  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$15  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$15  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Atención quiropráctica</b> (continuación)	<b>Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare</b> Sin cobertura	<b>Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare</b> Sin cobertura	<b>Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare</b> <i>(hasta 12 visitas por año calendario)</i>  <i>Dentro de la red:</i> copago de \$20  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare</b> <i>(hasta 12 visitas por año calendario)</i>  <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
<b>Programa Silver&amp;Fit® para ejercicios y envejecimiento saludable</b>	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.
<b>Atención médica en el hogar</b> (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 40 %	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted no paga nada  El plan cubre hasta \$50 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios de rehabilitación</b> Las visitas de terapia ocupacional pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado).  Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información.	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b> <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada  <b>Visita de terapia ocupacional:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Servicios de rehabilitación</b> (continuación)	<b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<b>Visita de fisioterapia/terapia del habla individual:</b> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
<b>Diálisis renal</b>	<i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 50 %	<i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20 %  <i>Fuera de la red:</i> coaseguro del 30 %	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20 %
<b>Atención de hospicio</b>	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del coaseguro por medicamentos y atención de relevo. Se cubre el hospicio fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.			
<b>Comidas posteriores al alta</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Telesalud</b>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Atención de emergencia en todo el mundo</b>	<p>Copago de \$95 por servicios de cuidado de emergencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Copago de \$90 por servicios de cuidado de emergencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Copago de \$90 por servicios de cuidado de emergencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios de cuidado de emergencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>

<b>Beneficios y cobertura</b>	<b>Advantage MD Primary (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio</i>	<b>Advantage MD (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio.</i>	<b>Advantage MD Plus (PPO)</b> <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	<b>Advantage MD Premier (PPO)</b> <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<b>Atención de urgencia en todo el mundo</b>	<p>Copago de \$50 por servicios de cuidado de urgencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Copago de \$40 por servicios de cuidado de urgencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Copago de \$40 por servicios de cuidado de urgencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios de cuidado de urgencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>

## OPCIONES DE COMPRA DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

### **ADVANTAGE MD (HMO)**

Por **\$23** adicionales por mes (**\$43** al mes en total), los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario odontológico integral.

### **ADVANTAGE MD PLUS (PPO)**

Por **\$23** adicionales por mes (**\$143** al mes en total), los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario odontológico integral.

- **Consulte la sección de los servicios odontológicos en este cuadernillo para obtener información sobre la cobertura de servicios odontológicos integrales. Puede encontrar información adicional en la Evidencia de cobertura de su plan.**

# Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-293- 5325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo ante: Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator at 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhhp.org](mailto:compliance@jhhp.org).

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: 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). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.



## Texto en varios idiomas

### Servicios de intérpretes en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1- 877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin

gọi 1-877-293-5325 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-293-5325 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-293-5325 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर फोन करें . कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-293-5325 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis

rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-293-5325 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-293-5325 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)

Y0124\_MAMultiLanguageInsert0223\_C

Johns Hopkins Advantage MD es un Medicare Advantage Plan con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato.



**JOHNS HOPKINS**  
HEALTH PLANS

7231 Parkway Dr. Suite 100  
Hanover, MD 21076  
HopkinsMedicare.com

Para obtener información actualizada sobre los proveedores del plan, visite nuestro sitio web en [HopkinsMedicare.com](http://HopkinsMedicare.com) o llame a Servicios para Miembros de Advantage MD al:

**1-888-403-7662 (TTY: 711)**

**¿AÚN NO ES MIEMBRO? ¿PREGUNTAS?**

Llámenos al: 1-888-403-7662 (TTY: 711),  
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre

Johns Hopkins Advantage MD es un Medicare Advantage Plan con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD HMO o PPO depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los miembros de Johns Hopkins Advantage MD, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para ver más información, incluida la parte del costo que le correspondería por los servicios fuera de la red.