



**2024 | PLANES DE DEVOTED HEALTH**

# **Resumen de beneficios**

**Plan Devoted ESSENTIALS  
Miami-Dade (HMO)**

**Número del paquete de beneficios del plan  
(Plan Benefit Package, PBP):  
H1290-013-000**



# Resumen de beneficios.

En este Resumen de beneficios, encontrará información sobre nuestro plan Devoted ESSENTIALS Miami-Dade (HMO). Aquí se incluye información sobre los costos del plan y algunos de los servicios comunes que cubrimos. Es válido para el año del plan 2024, que comienza el 1 de enero de 2024 y finaliza el 31 de diciembre de 2024.

Debido a que este documento es un resumen, no incluye todos los detalles de cobertura de este plan. Si necesita más información, consulte la **Evidencia de cobertura** del plan en [www.devoted.com](http://www.devoted.com). También puede llamarnos al 1-800-395-4538 (TTY 711) o enviarnos un mensaje de texto al 84305 para que se la envíemos por correo.

## ¿Puedo unirme a este plan?

Devoted ESSENTIALS Miami-Dade (HMO) es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud, o HMO. Para inscribirse en Devoted ESSENTIALS Miami-Dade (HMO), debe estar autorizado para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. También debe vivir en el área de servicio de este plan, que incluye este condado: Miami-Dade. Ofrecemos diferentes planes para otros condados.

## ¿Este plan cubre mis medicamentos con receta?

Para averiguarlo, búsqüelos en nuestra Lista de medicamentos en línea en [www.devoted.com/search-drugs](http://www.devoted.com/search-drugs). O bien llámenos o envíenos un mensaje de texto. Podemos buscar sus medicamentos o enviarle por correo nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

## ¿Este plan cubre mis médicos y farmacias?

Para averiguarlo, búsqüelos en nuestro directorio en línea en [www.devoted.com/search-providers](http://www.devoted.com/search-providers). O bien llámenos o envíenos un mensaje de texto. Podemos buscar sus médicos y farmacias o enviarle por correo el directorio.

## ¿Cuál es la diferencia entre copagos y coseguro?

Un copago es una tarifa fija. Por ejemplo, un copago de \$5 por un servicio significa que usted paga \$5. El coseguro es un porcentaje del costo. Por ejemplo, un coseguro del 10 % significa que usted paga el 10 % del costo del servicio.

## ¿Cómo puedo obtener información sobre Original Medicare?

Consulte el último manual de *Medicare & You* (Medicare y usted). Si no tiene uno, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) e ingrese “Medicare & You handbook” (Manual Medicare y usted) en la herramienta de búsqueda. (Incluya las comillas para obtener mejores resultados). O bien, solicite a Medicare que le envíe un manual llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) cualquier día y en cualquier momento. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## ¿Cómo puedo obtener más ayuda?

Llámenos al 1-800-395-4538 (TTY 711) o envíe un mensaje de texto al 84305. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana). También puede visitarnos en línea en [www.devoted.com](http://www.devoted.com).

# **Lista de verificación previa a la inscripción**

Antes de decidir inscribirse, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-800-395-4538 (TTY 711) o envíe un mensaje de texto al 84305.

## **Comprendión de los beneficios**

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [www.devoted.com](http://www.devoted.com), llame al 1-800-385-0916 (TTY 711) o envíe un mensaje de texto al 84305 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora se encuentren en la red de Devoted Health. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red de Devoted Health. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## **Comprender reglas importantes**

- Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es conveniente cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.
- Este plan ofrece una reducción de la Parte B. Reduciremos su prima mensual de la Parte B hasta \$164.90 por mes. Esta reducción la establece Medicare y se gestiona a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Según cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o a su declaración de prima de la Parte B de Medicare. A veces, la emisión de las reducciones puede tardar varios meses; sin embargo, recibirá un crédito completo.
- Los beneficios, las primas o los copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

**IMPORTANTE: Si recibe asistencia de Medicaid o “ayuda adicional”, puede pagar menos que los montos de costos compartidos que se indican en este documento.** Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o nivel de ayuda adicional, es posible que aumenten o disminuyan los costos compartidos. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre los beneficios. Para obtener una copia de la Evidencia de cobertura, visite [www.devoted.com](http://www.devoted.com) o llame al 1-800-385-0916 (TTY 711) o envíe un mensaje de texto al 84305.

## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual</b>	\$0 Además, su prima de la Parte B se reduce hasta \$164.90 por mes.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	\$150 para los niveles 3 a 5 solamente Si recibe "ayuda adicional" de Medicare, su deducible puede ser de tan solo \$0.  El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
<b>Monto máximo de bolsillo que debe pagar</b> Los beneficios que no cuentan para el monto máximo de bolsillo que debe pagar se indican con un asterisco (*).	\$4,900 Este es el monto máximo que pagará en el año del plan por copagos, coseguro y otros costos para servicios médicos y suministros cubiertos por Medicare y medicamentos cubiertos por la Parte B que reciba de proveedores dentro de la red.  Su desembolso por los medicamentos con receta de la Parte D y ciertos beneficios complementarios (como audífonos) no se aplica a este monto.

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>  Es posible que se requiera autorización previa.  Usted tiene cobertura por un número ilimitado de días en un hospital de pacientes hospitalizados.	<b>Días 1 - 6</b> Copago de \$225 por día  <b>Día 7+</b> Copago de \$0 por día
---	--

## **Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios**

Es posible que se requiera una autorización previa para procedimientos realizados en un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio.

Si permanece en observación, pagará su copago por la estadía de observación. No se aplicarán copagos por ningún servicio adicional prestado mientras permanezca en observación.

## **Visitas al médico**

Es posible que necesite un referido de su PCP para consultar a un especialista.

### **Colonoscopias de diagnóstico**

\$0 de copago en cualquier ubicación dentro de la red

### **Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)**

\$150 de copago para cirugía en un ASC

### **Hospital para pacientes ambulatorios**

\$200 de copago para cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios

### **Estadías de observación**

copago de \$225 por estadía

### **Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)**

\$0 de copago

### **Especialista**

\$25 de copago

## **Atención preventiva**

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando consulta a un proveedor dentro de la red, lo que incluye:

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento sobre el abuso de alcohol
- Visita anual de bienestar
- Medición de la masa ósea (densidad ósea)
- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)
- Pruebas cardíacas
- Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, Cologuard®)
- Examen de detección de depresión
- Examen de detección de diabetes
- Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes
- Pruebas de glaucoma
- Examen de detección de VIH
- Servicios de educación sobre enfermedades renales
- Examen de detección de cáncer de pulmón
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Examen de detección y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screenings, PSA)
- Examen físico de rutina
- Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas cubiertas por el beneficio médico, incluidas la vacuna antigripal, la vacuna contra la hepatitis B, la vacuna antineumocócica y la vacuna contra la COVID-19. También tiene cobertura para la mayoría de las vacunas de la Parte D. Consulte la sección “Vacunas de la Parte D” de este manual para obtener información sobre la cobertura de las vacunas de la Parte D.
- Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una vez)

Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.

## **Atención de emergencia**

copago de \$120 por estadía

Si ingresa al hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para la atención de emergencia.

## **Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo\***

Este plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, por lo general, usted paga los costos en un primer momento. Luego, puede enviarnos una reclamación para que podamos devolverle el dinero.

### **Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo**

\$120 de copago por estadía

#### **Ambulancia terrestre mundial**

\$250 de copago por viaje de ida

#### **Ambulancia aérea mundial**

20% de coseguro por viaje de ida

## **Servicios de urgencia**

Se prestan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o problemas de salud imprevistos que no sean de emergencia, pero que requieran atención médica inmediata.

Los servicios de urgencia definidos en esta sección corresponden a servicios prestados en los EE. UU. y sus territorios.

### **Servicios de urgencia con su PCP**

\$0 de copago

### **Servicios de urgencia en un centro de atención de urgencia o un centro sin cita previa**

\$35 de copago

# Atención y servicios para pacientes ambulatorios

## Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes

Es posible que se requiera autorización previa.

Si su proveedor nos factura como parte de un sistema hospitalario, es posible que usted sea responsable de los costos compartidos del entorno hospitalario para pacientes ambulatorios por los servicios descritos en esta sección.

## Servicios de laboratorio

\$0 de copago en un consultorio o una ubicación independiente  
\$25 de copago en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

## Radiografías y ecografías para pacientes ambulatorios

\$0 de copago en un consultorio o una ubicación independiente  
\$175 de copago en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

## Radiología de diagnóstico (como TC, IRM, etc.)

\$0 de copago en un consultorio o una ubicación independiente  
\$200 de copago en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

## Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como prueba de esfuerzo, etc.)

\$0 de copago en un consultorio o una ubicación independiente  
\$225 de copago en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios

## Radioterapia

20% de coseguro

# Servicios de audición

## Cuidado de la audición

### Exámenes de audición de rutina

\$0 de copago - 1 visita por año

### Ajuste y evaluación de audífonos

\$0 de copago

### Cuidado de la audición cubierto por Medicare

\$25 de copago

<b>Audífonos*</b>	\$399 de copago por ayuda para audífonos Advanced
Debe consultar a un proveedor de TruHearing® para usar este beneficio.	\$699 de copago por ayuda para audífonos Premium
El beneficio incluye la cobertura de hasta dos audífonos TruHearing® Advanced o Premium, que se ofrecen en distintos estilos y colores.	<p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer año de consultas de seguimiento al proveedor</li> <li>• Período de prueba de 60 días</li> <li>• Garantía extendida de 3 años</li> <li>• 80 baterías por audífono para modelos no recargables</li> <li>• \$50 de costo adicional por audífono para recarga de audífono opcional</li> </ul>

## Servicios dentales

Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) del plan para conocer más detalles. Se aplican ciertas limitaciones. Esta lista de servicios dentales cubiertos no es exhaustiva.

### **Servicios dentales preventivos**

Devoted Health pagará un total de hasta **\$1,000 al año por los servicios dentales preventivos y de otro tipo.** Esto significa que pagará cualquier costo adicional por encima de este monto.

Debe recibir servicios de un proveedor dental participante.

### **Exámenes bucales periódicos**

\$0 de copago

### **Evaluación dental**

\$0 de copago

### **Limpiezas**

\$0 de copago

### **Radiografías (de aleta de mordida, intraorales y panorámicas)**

\$0 de copago

## **Otros servicios dentales**

Es posible que se requiera autorización previa.

Devoted Health pagará hasta **\$1,000 por año por servicios dentales preventivos y otros servicios dentales.** Esto significa que pagará cualquier costo adicional por encima de este monto.

Debe recibir servicios de un proveedor dental participante.

### **Empastes**

\$0 de copago

### **Limpiezas profundas**

\$0 de copago

### **Extracciones**

\$0 de copago

## **Servicios de la vista**

### **Atención de la vista de rutina**

#### **Examen de la vista de rutina**

\$0 de copago - 1 visita por año

### **Anteojos**

Debe acudir a nuestro proveedor designado para este beneficio.

Hasta **\$200** al año para anteojos o lentes de contacto

Puede utilizar su beneficio para marcos o lentes (o una combinación de ambos), lentes de contacto y mejoras o reemplazos de anteojos, hasta el monto límite de la asignación.

### **Atención de la vista cubierta por Medicare**

#### **Examen de la vista de diagnóstico cubierto por Medicare**

\$25 de copago

#### **Examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare**

\$0 de copago - 1 visita por año

#### **Examen de la vista para diabéticos**

\$0 de copago - 1 visita por año

# Atención y servicios adicionales para pacientes ambulatorios

## Servicios de salud mental

Es posible que se requiera autorización previa.

Magellan, nuestro proveedor de servicios de salud mental, coordina los servicios de salud mental.

Usted tiene cobertura por hasta 90 días en cada período de beneficio para atención de salud mental para pacientes hospitalizados.

## Centro de enfermería especializada (SNF)

Es posible que se requiera autorización previa. No se requiere hospitalización previa.

Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficio para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF.

## Atención de salud mental para pacientes hospitalizados

### Días 1 - 6

Copago de \$225 por día

### Días 7 - 90

Copago de \$0 por día

## Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (sesiones individuales y grupales)

\$25 de copago

### Días 1 - 20

Copago de \$0 por día

### Días 21 - 100

Copago de \$203 por día

## Terapia física

\$25 de copago

## Servicios de ambulancia

Este plan le brinda cobertura para el transporte de emergencia en ambulancia a la sala de emergencias más cercana o al hospital más cercano que pueda satisfacer sus necesidades.

### Ambulancia terrestre

\$250 de copago por viaje de ida

### Ambulancia aérea

20% de coseguro por viaje de ida

## Transporte

Sin cobertura

# Beneficios de medicamentos con receta

## Medicamentos de la Parte B de Medicare

Es posible que se requiera autorización previa.

Por lo general, los medicamentos de la Parte B no se autoadministran. Estos medicamentos se pueden administrar en el consultorio de un médico como parte de un servicio médico. En el departamento ambulatorio de un hospital, la cobertura suele limitarse a medicamentos que se administran mediante infusión o inyección. Solo paga el costo compartido correspondiente a la cantidad de medicamento utilizada. Esto significa que no será responsable del costo de la parte no utilizada.

### Suero para alergias

\$0 de copago

### Medicamentos genéricos utilizados en un nebulizador

\$0 de copago

### Medicamentos de quimioterapia

20% de coseguro

### Otros medicamentos de la Parte B

20% de coseguro

El monto que usted paga por los medicamentos reembolsables de la Parte B se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a una tasa más rápida que el índice de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el monto que usted paga por esos medicamentos, pueden cambiar cada trimestre (enero, abril, julio, octubre); sin embargo, nunca pagará más que el costo de sus medicamentos de la Parte B.

No pagará más de \$35 (o \$0 según su nivel de elegibilidad para Medicaid) por un suministro para 30 días de insulinas cubiertas por la Parte B de Medicare (cuando use insulina a través de una bomba).

Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer detalles.

## Medicamentos con receta

Algunos medicamentos cubiertos pueden estar sujetos a limitaciones de cantidad, o bien requerir terapia escalonada o autorización previa.

### Deductible de farmacia (Parte D)

\$150 para los niveles 3 a 5 solamente

Si recibe "ayuda adicional" de Medicare, su deducible puede ser de tan solo \$0.

El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

### Etapa de cobertura inicial

Paga los copagos o el coseguro hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcanzan \$5,030. Los costos anuales totales por medicamentos se refieren al costo total por medicamentos que pagan tanto usted como Devoted Health.

**Suministro para 30 días a través de una farmacia minorista de la red**

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa en una nueva fase del beneficio de la Parte D.

**Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos**

\$0 por receta

**Nivel 2: medicamentos genéricos**

\$5 por receta

**Nivel 3: medicamentos de marca preferidos**

\$47 por receta

**Nivel 4: medicamentos no preferidos**

\$100 por receta

**Nivel 5: medicamentos especializados**

30% del total de los costos

**Suministro para 100 días por pedido por correo a través de una farmacia de la red**

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa en una nueva fase del beneficio de la Parte D.

Si no recibe su suministro de pedido por correo para 100 días a través de Caremark, sus costos pueden ser diferentes.

**Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos**

\$0 por receta

**Nivel 2: medicamentos genéricos**

\$12.50 por receta

**Nivel 3: medicamentos de marca preferidos**

\$117.50 por receta

**Nivel 4: medicamentos no preferidos**

\$300 por receta

**Nivel 5: medicamentos especializados**

No disponibles a través de pedido por correo

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Mientras reside en el centro de atención a largo plazo, puede recibir un suministro para hasta 31 días.

# **Interrupción en la cobertura o “período sin cobertura”**

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura o un “período sin cobertura”. Esto significa que hay un cambio provisorio en lo que pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que los costos totales anuales de medicamentos (incluido lo que Devoted Health ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen \$5,030. Tenga en cuenta que no todos tendrán una interrupción en la cobertura.

**Este plan incluye una interrupción parcial en la cobertura por nivel para algunos medicamentos del nivel 1.** Esto significa que, para algunos de los medicamentos cubiertos en el nivel 1, usted seguirá pagando un copago. **Para el año del plan 2024, mientras se encuentre en la interrupción en la cobertura, usted pagará \$0 de copago por ciertos medicamentos del nivel 1** y 25% de coseguro por todos los demás medicamentos hasta que sus gastos de bolsillo alcancen un total de \$8,000. Los medicamentos que tienen una interrupción en la cobertura se indican en el Formulario (Lista de medicamentos) del plan. Su plan también proporciona cobertura adicional para algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Estos medicamentos están cubiertos al copago del nivel 2 durante todo el año, sin importar en qué fase de cobertura se encuentre. Puede encontrar información adicional sobre estos medicamentos en las secciones “Medicamentos para la disfunción eréctil (DE)” y “Otros medicamentos cubiertos” a continuación.

## **Cobertura catastrófica**

### **Costos de bolsillo anuales por medicamentos**

Pagará \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen \$8,000.

## **Información adicional sobre los beneficios de la Parte D**

### **Cobertura de insulina**

Pagará, como máximo, \$35 por un suministro para 30 días de todas las insulinas cubiertas de la Parte D.

No pagará más de \$35 (o \$0 según su nivel de elegibilidad para Medicaid) por un suministro para 30 días de insulinas cubiertas por la Parte B de Medicare (cuando use insulina a través de una bomba).

Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer detalles.

## **Medicamentos para la disfunción eréctil (DE)**

El sildenafil (Viagra genérico) y el tadalafilo (Cialis genérico) están cubiertos como medicamentos del nivel 2. Tiene cobertura para hasta 6 comprimidos por mes, ya sea para uno de los medicamentos o para una combinación de ambos, pero no debe exceder los 6 comprimidos por mes. Hay un máximo de 72 comprimidos al año para uno de estos medicamentos o para una combinación de ambos.

## **Otros medicamentos cubiertos**

Tiene cobertura para los siguientes artículos adicionales como medicamentos del nivel 2 (consulte la sección “Beneficios de medicamentos con receta” anterior para obtener información sobre los costos compartidos):

- Comprimidos de ácido fólico de 1 mg
- Cápsulas de vitamina D (ergocalciferol) de 50,000 unidades
- Inyección de B12 (cianocobalamina) de 1000 mcg/ml

## **Vacunas de la Parte D**

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D con un costo compartido de \$0, incluso si no ha pagado su deducible. Las vacunas de la Parte D, como Shingrix, generalmente se administran en una farmacia. Puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.

Si recibe una vacuna de la Parte D en el consultorio de su proveedor, es posible que se le facture a usted el costo total. Luego puede enviar una solicitud de reembolso para pedir que le paguen la parte del costo que le corresponde al plan. Consulte nuestra Evidencia de cobertura (EOC) para obtener detalles adicionales o llame a Servicio para Miembros.

Algunas vacunas se consideran beneficios médicos (consulte la sección “Atención preventiva” de este manual para obtener información sobre los beneficios médicos).

## **Información adicional sobre medicamentos con receta**

Si recibe "ayuda adicional" de Medicare, los costos de sus medicamentos con receta pueden ser más bajos que los costos compartidos que figuran en este manual. Usted paga lo que sea menor.

Es posible que los beneficiarios de Medicare que reciben asistencia de Medicaid o del Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare patrocinado por el estado no paguen nada por los servicios cubiertos por Medicare. Debe cumplir con ciertas condiciones de ingresos y recursos para ser elegible.

# Beneficios adicionales

<b>Diálisis</b>	20% de coseguro
<b>Cuidado de los pies (servicios de podología)</b>	<b>Cuidado de los pies cubierto por Medicare</b> \$25 de copago
<b>Atención médica a domicilio</b>	\$0 de copago
Es posible que se requiera autorización previa.	
La atención médica a domicilio se limita a los servicios cubiertos por Medicare.	
Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) del plan para conocer más detalles.	

<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	<b>Productos de DME básicos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro
Es posible que se requiera autorización previa.	Incluye, entre otros:
Puede que solo se cubran equipos si son de determinadas marcas o de ciertos fabricantes. Comuníquese con nosotros para conocer detalles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxígeno</li> <li>• Máquinas y suministros de CPAP</li> <li>• Equipo nebulizador</li> <li>• Silla de ruedas no motorizada</li> </ul>
	<b>Productos de DME avanzados cubiertos por Medicare (indicados a continuación)</b> 20% de coseguro

- Respirador cubierto por Medicare
- Estimulador de crecimiento óseo
- Concentrador de oxígeno portátil
- Equipo para cirugía bariátrica
- Camas especiales
- Sillas de ruedas y sillas de ruedas motorizadas especiales o personalizadas
- Elevadores de asientos
- Artículos de marcas especiales
- Chalecos para compresión torácica de alta frecuencia
- Bomba de infusión de analgésicos
- Medidor continuo de glucosa (que no sea nuestro producto preferido; consulte más detalles, incluido el coseguro, en la sección "Suministros para el control de la diabetes")

<b>Dispositivos protésicos y suministros médicos</b>	<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b> 20% de coseguro
Es posible que se requiera autorización previa.	<b>Suministros médicos</b> \$0 de copago
	<b>Medias de compresión suplementarias</b> \$0 de copago
	<b>Mangas de mastectomía suplementarias</b> \$0 de copago
	Tiene cobertura para un máximo de 2 pares de medias de compresión o medias quirúrgicas o de mangas posmastectomía cada 6 meses.

## **Suministros para el control de la diabetes**

Es posible que se requiera autorización previa.

**Medidores de glucosa a través de un pinchazo en el dedo:** Cubrimos medidores de glucemia, tiras reactivas y lancetas fabricadas por LifeScan (OneTouch). Suministros proporcionados por farmacias de la red y proveedores de DME que los transportan.

### **Medidor continuo de glucosa (CGM):**

Cubrimos medidores continuos de glucosa (CGM) Freestyle Libre y sus suministros con un copago de \$0 en farmacias dentro de la red.

Hay otros CGM disponibles a través de proveedores de DME dentro de la red que requieren autorización. Es posible que se aplique un costo compartido por el equipo médico duradero (DME).

### **Medidor continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitor, CGM) - Freestyle Libre**

\$0 de copago

### **Medidor continuo de glucosa (CGM) - Marcas no preferidas**

20% de coseguro

### **Suministros para diabéticos (como tiras reactivas y lancetas)**

\$0 de copago

## **Zapatos para diabéticos y plantillas terapéuticas**

\$0 de copago

Es posible que se requiera autorización previa.

<b>Servicios de rehabilitación</b>	<b>Servicios de rehabilitación cardiaca</b> \$25 de copago
	<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> \$15 de copago
	<b>Terapia física</b> \$25 de copago
	<b>Terapia ocupacional</b> \$25 de copago
	<b>Terapia del habla</b> \$25 de copago
<b>Servicios relacionados con el consumo de sustancias</b>	<b>Servicios relacionados con el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</b> \$25 de copago
	<b>Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides</b> \$25 de copago
<b>Telesalud</b>  Es posible que se requiera un referido.  Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio. Consulte directamente a su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telesalud.	<b>Visitas virtuales al PCP</b> \$0 de copago  <b>Visitas virtuales para terapia física, ocupacional o del habla</b> \$25 de copago  <b>Visitas virtuales a especialistas</b> \$25 de copago

## Más beneficios y ventajas con su plan

<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>  Debe acudir a nuestro proveedor designado para este beneficio.	\$60 por trimestre (cada 3 meses)  Puede utilizar este beneficio más de una vez, hasta el límite de por trimestre, pero este monto no se transfiere.  Los artículos elegibles figuran en el catálogo de venta libre (over the counter, OTC). Los artículos que no figuren en el catálogo de OTC no están cubiertos por el beneficio de OTC. Para comprar artículos OTC elegibles, puede hacer un pedido en línea, por teléfono o visitar las tiendas CVS participantes.
---	---

## Acondicionamiento físico

**SilverSneakers:** Devoted Health cubre el costo total de este beneficio. El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ofrece acceso a miles de gimnasios en todo el país. También ofrece recursos virtuales a través de SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Para obtener más información o comenzar, visite [SilverSneakers.com/StartHere](http://SilverSneakers.com/StartHere).

**Wellness Bucks de Devoted Health:** Devoted Health le reembolsará hasta **\$150 por año** por la participación o la compra de uno o más de los siguientes:

1. Un Apple Watch® u otro dispositivo portátil que registre la cantidad de pasos y la frecuencia cardíaca.
2. Equipos de acondicionamiento físico para usar en el hogar. Algunos ejemplos incluyen pesas libres, cinta para correr o bicicleta fija, máquinas de remo, bandas de resistencia, etc.
3. Clases de acondicionamiento físico con instructor, como yoga, pilates, Zumba, taichí, crossfit, gimnasia aeróbica y grupal, entrenamiento de fuerza, clases de bicicleta fija, entrenamiento personal (a cargo de un instructor certificado), o cargos de membresía de un centro de acondicionamiento físico calificado.
4. Cargos de programas de pérdida de peso, como Jenny Craig, Weight Watchers o programas de pérdida de peso en un hospital.
5. Actividades para entrenar la memoria y programas que mejoran la velocidad y la capacidad del cerebro, fortalecen la memoria y favorecen el aprendizaje.
6. Aplicaciones relacionadas con la atención plena, como Calm o Headspace, para respaldar su salud y bienestar.

## **Comidas**

Debe acudir a nuestro proveedor designado para este beneficio.

### **Después de una estadía como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada**

\$0 de copago

Después de una estadía como paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada, puede recibir 2 comidas por día durante un máximo de 10 días sin costo adicional.

Este beneficio puede utilizarse hasta 4 veces por año calendario.

### **Nueva afección crónica o afección médica que requiere una estadía domiciliaria**

\$0 de copago

Si parte de su plan de atención para una afección crónica implica cambiar la forma en la que come o si le diagnostican una afección que requiere que permanezca en su hogar, puede recibir comidas en su hogar como apoyo para su afección.

Puede recibir 2 comidas por día durante 14 días. Puede usar este servicio una vez por año calendario, por diagnóstico.

## **Atención quiropráctica**

### **Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)**

Un sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) es un sistema de monitoreo de alerta médica que le brinda acceso a asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón.

Ofrecemos varios estilos, incluidos dispositivos portátiles en el hogar y dispositivos móviles.

Debe acudir a nuestro proveedor designado para este beneficio.

### **Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare**

\$20 de copago

Copago de \$0

El acceso a este beneficio no tiene ningún costo. Esto incluye:

- Costo del dispositivo
- Cargos mensuales de monitoreo
- Detección de caídas (disponible en ciertos estilos)

## **Devoted Dollars**

Con nuestro programa de recompensas, usted gana recompensas Devoted Dollars por cuidarse. Las recompensas se pueden usar para comprar alimentos y gasolina. Gane \$100 al inscribirse en el programa Devoted Dollars y completar 4 o más de estas actividades en 2024:

- Lista de comprobación de Health Connections en [my.devoted.com/checklist](http://my.devoted.com/checklist) o por teléfono
- Visita con su proveedor de atención primaria (PCP)
- Control de salud en profundidad, como una visita Devoted to Me
- Vacuna antigripal para la temporada 2024
- Examen de detección de cáncer colorrectal (si debe realizarse uno)
- Examen de detección de cáncer de mama (si debe realizarse uno)
- Examen de detección de densidad ósea (si debe realizarse uno)
- Exámenes de diabetes de rutina (si tiene diabetes)

---

Necesita una referencia para recibir servicios cubiertos de proveedores. Algunos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir una aprobación anticipada de Devoted Health. Esto se denomina “autorización previa”. Comuníquese con su PCP o consulte la Evidencia de cobertura para conocer los servicios que requieren una autorización previa de Devoted Health.

\* Los costos de estos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo anual que debe pagar.

# Aviso de no discriminación

Devoted Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas, ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, lo que incluye embarazo, orientación sexual e identidad de género.

## Devoted Health

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, entre los que se incluyen los siguientes:

Intérpretes calificados de lenguaje de señas

Información escrita en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, entre los que se incluyen los siguientes:

Intérpretes calificados

Información escrita en otros idiomas

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre su plan de salud o medicamentos. Para acceder a un intérprete, solo llámenos al **1-800-338-6833** (TTY 711). Este es un servicio gratuito. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Si cree que Devoted Health no proporciona estos servicios o discrimina de otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, lo que incluye embarazo, orientación sexual e identidad de género, puede presentar una queja ante:

Devoted Health – Apelaciones y quejas

PO Box 21327

Eagan, MN 55121

**Fax:** 1-877-358-0711

Puede presentar una queja por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al **1-800-338-6833** (TTY 711).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU., Oficina de derechos civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

**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 1-800-338-6833 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre su plan de salud o medicamentos. Para acceder a un intérprete, solo llámenos al 1-800-338-6833 (TTY 711). Una persona que hable español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese (Traditional US/Taiwan):** 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打 1-800-338-6833 (TTY 711) 聯絡我們。會說中文的人員可以協助您。此為免費服務。

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch viên miễn phí có thể trả lời mọi thắc mắc của quý vị về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-338-6833 (TTY 711). Một người nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**French Creole (Haitian Creole):** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-800-338-6833 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Sa se yon sèvis ki gratis.

**Korean:** 의료 또는 의약품 플랜에 대해서 있을 수 있는 질문에 대답하기 위해서 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역 서비스를 이용하기 위해서는 1-800-338-6833(TTY 711)에 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 것입니다. 이것은 무료 서비스입니다.

#### :Arabic

نوفر خدمة مترجم فوري مجانية للإجابة عن أي سؤال قد تكون لديك بشأن خطة الرعاية الصحية أو خطة الأدوية. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 6833-338-800-1 (الهاتف النصي 711). يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه خدمة

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong mo tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan kami sa 1-800-338-6833 (TTY 711) Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

**Polish:** Mamy do Państwa dyspozycji bezpłatne wsparcie tłumaczy, którzy odpowiadają na wszelkie pytania na temat zdrowia lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, prosimy o kontakt pod numerem 1-800-338-6833 (TTY 711). Osoba znająca język polski pomoże Państwu. Przypominamy, że jest to usługa bezpłatna.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатные услуги устного переводчика, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут у вас возникнуть о нашем плане медицинского страхования или покрытия стоимости лекарств. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-338-6833 (TTY 711). Переводчик, владеющий русским языком, сможет вам помочь. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**French (France/International):** Nous offrons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos éventuelles questions concernant notre régime d'assurance santé ou médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète,appelez-nous au 1-800-338-6833 (TTY 711). Une personne parlant français peut vous aider. Ce service est gratuit.

**German:** Wir haben einen kostenlosen Dolmetscherservice zur Beantwortung aller Fragen, die Sie möglicherweise zu Ihrem Gesundheits- oder Medikamentenplan haben. Rufen Sie uns einfach unter 1-800-338-6833 (TTY 711) an, um einen Dolmetscher zu bekommen. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Gujarati:** અમારી સ્વાસ્થ્ય અથવા દવા યોજના અંગે તમને હોઇ શકે તેવા કોઈપણ પ્રક્રિયા જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે નિઃશુલ્ક દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, માત્ર અમને 1-800-338-6833 (TTY 711) પર કોલ કરો. કોઇ વ્યક્તિ જે ગુજરાતી બોલે છે તે તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક નિઃશુલ્ક સેવા છે.

**Japanese:** 当社には、健康または薬計画に関する質問に答えるための無料通訳サービスがあります。通訳を利用するには、1-800-338-6833 (TTY 711)までお電話ください。日本語話す人がお手伝いいたします。これは無料サービスです

**Italian:** Abbiamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per ottenere un interprete, chiamaci al numero 1-800-338-6833 (TTY 711). Qualcuno che parla italiano potrà aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

**Portuguese (Brazil):** Contamos com serviços gratuitos de interpretação para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre seu plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para nós pelo telefone 1-800-338-6833 (TTY 711). Alguém que fala Português poderá lhe ajudar. Este serviço é gratuito.

**Hindi:** हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमसे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ हैं। कोई दुभाषिया पाने के लिए, बस 1-800-338-6833 (TTY 711) पर हमें कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई आपकी मदद कर सकता है। यह मुफ्त सेवा है।

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-395-4538 (TTY 711) para obtener más información. Devoted Health es un plan HMO y/o PPO con un contrato con Medicare. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

**Devoted Dollars:** Utilice la tarjeta Mastercard prepagada de los planes de Devoted Health en cualquier tienda de comestibles o gasolinera de los EE. UU. que acepte tarjetas de débito Mastercard. Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank, miembro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC), conforme a una licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca comercial registrada y el diseño de círculos es una marca comercial de Mastercard International Incorporated. Su uso de la tarjeta prepagada está regido por el Acuerdo de titular de la tarjeta, y es posible que se apliquen algunos cargos. No se trata de una tarjeta de regalo. Se aplican exclusiones, y la tarjeta no se canjea por dinero en efectivo. Tenga en cuenta que las tarjetas prepagadas tienen vencimiento; por lo tanto, preste atención a la fecha de vencimiento de la tarjeta. La tarjeta se emite con fines de promoción, lealtad o premio.

Encuentre más detalles en  
[www.devoted.com/devoted-dollars](http://www.devoted.com/devoted-dollars).

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Devoted Health no está afiliada con Apple Inc. Apple Watch® y todos los demás nombres de productos Apple son marcas comerciales o marcas registradas de Apple Inc. Si tiene preguntas sobre cómo usar sus Devoted Wellness Bucks, puede comunicarse con nosotros al 1-800-DEVOTED. Para ventas, servicio o soporte de Apple Watch, visite a un revendedor autorizado de Apple.

H1290\_24S40\_M





**¿Preguntas? Llámenos.  
1-800-395-4538  
TTY 711**

**Si usted es miembro de  
Devoted Health, llame al:  
1-800-338-6833  
TTY 711  
O bien, envíenos un  
mensaje de texto al 866-85**