

# Resumen de Beneficios



**Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage.**

Simply Healthcare ofrece beneficios para ayudarlo a mantenerse sano y protegerlo de costos inesperados. Este plan incluye beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos en un solo plan.

## **Medicare Advantage y Parte D**

**Año del plan:** 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

### **Florida**

Condados de Orange, Osceola, Seminole y Volusia

### **Simply Freedom (PPO)**

# Simply Freedom (PPO)

Simply Freedom (PPO)

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de FL: Orange, Osceola, Seminole, Volusia.

## ¿Tiene alguna pregunta?

Puede obtener más información en nuestro sitio web, <https://shop.simplyhealthcareplans.com/medicare>. O llame a nuestra línea gratuita al **1-888-577-0212** (TTY: **711**). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

El *Resumen de Beneficios* no incluye todos los servicios, límites o exclusiones, pero la *Evidencia de Cobertura* sí lo hace. Para solicitar una copia, solo tiene que llamarnos.

Simply Freedom (PPO) es un plan Medicare Advantage. Incluye beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados. Para inscribirse en este plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A.
- Está inscrito en Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área de servicio.

Puede acudir a cualquier médico o centro médico. Sin embargo, si se atiende dentro de la red, es posible que sus costos de gastos de bolsillo sean menores. Pregúntele a su médico actual si pertenece a este plan.

# Simply Freedom (PPO)

## Cobertura de Medicare que ofrece más que Medicare Original

- ❑ Los planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Medicare Original: Parte A (servicios hospitalarios) y Parte B (servicios médicos), y más.
- ❑ Los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage cubren los medicamentos de Medicare Parte D y Parte B.

## Este es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Esto significa que:

- ❑ Puede acudir a cualquier médico o especialista que pertenezca o no a nuestro plan, sin necesidad de referencias.
- ❑ Es posible que sus costos sean mayores si acude a médicos que no pertenecen al plan.

## Compre de forma inteligente y ahorre

Si acude a un médico que pertenece a nuestro plan, sus costos serán más bajos. Un médico puede unirse a este plan o abandonarlo en cualquier momento, por lo que debe verificar si está dentro de la red con nuestra herramienta en línea Encontrar un médico (Find a Doctor). Solo siga los pasos que se detallan a continuación.

## Cómo encontrar un médico/médico de atención primaria (PCP) en nuestro plan:



- Visite <https://shop.simplyhealthcareplans.com/medicare>
  1. Seleccione **Herramientas útiles (Useful Tools)** y elija **Encontrar un médico (Find a Doctor)**.
  2. Introduzca su código postal, condado y la fecha en que desea que empiece la cobertura.
  3. Complete los detalles (ciudad, nombre del médico, distancia, etc.).
  4. Verifique que el médico figure como “Dentro de la red” (In-Network) para este plan.
- O puede solicitarnos el *Directorio de proveedores*. El número de teléfono está en la página 2.

### Encontrar una farmacia

Nuestros planes incluyen la mayoría de las farmacias en los Estados Unidos, por lo que es probable que encuentre una cerca suyo. Si su farmacia no se encuentra en este plan, podría terminar pagando más por sus medicamentos.

Para confirmar que su farmacia está dentro del plan (o para encontrar una nueva), consulte el *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web en <https://shop.simplyhealthcareplans.com/medicare>. En **Herramientas útiles (Useful Tools)**, elija **Encontrar una farmacia (Find a Pharmacy)** para ingresar sus detalles de búsqueda y ubicación. O puede llamarnos y le enviaremos el directorio.

## Cómo verificar si sus medicamentos recetados (o una alternativa aceptable) están cubiertos y cuánto costarán:



- Visite

<https://shop.simplyhealthcareplans.com/medicare>

1. Seleccione **Herramientas útiles (Useful Tools)** y elija **Encontrar sus medicamentos cubiertos (Find Your Covered Drugs)**.
  2. Introduzca su código postal, condado y la fecha en que empieza la cobertura.
  3. Introduzca el nombre de su medicamento, la dosis, la cantidad y la frecuencia de reposición, y seleccione **Agregar medicamento (Add Drug)** o **Siguiente (Next)**.
  4. Seleccione su farmacia y, a continuación, seleccione **Ver todos los planes (View All Plans)**.
  5. Elija **Detalles del plan (Plan Details)**, y luego **Costo del medicamento (Drug Cost)** para ver el nivel del medicamento, el costo específico y los detalles de la cobertura.
- También puede llamarnos al número que figura en la página 2 para obtener una copia del *Formulario*.

## No pierda la oportunidad de recibir Ayuda Extra (“Extra Help”)

Medicare ofrece Ayuda Extra (“Extra Help”), un programa de asistencia con los medicamentos recetados para personas que califican. Ayuda Extra (“Extra Help”) puede cubrir los deducibles, primas, copagos y coseguros del plan de medicamentos recetados. Además:

- La etapa de periodo sin cobertura no se aplicará a su caso.
- No hay multas por inscripción tardía.

## Para averiguar si califica para Ayuda Extra (“Extra Help”), llame a:

- Nuestros servicios representantes al **1-888-577-0212**.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (TTY: **1-877-486-2048**), las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.
- Su oficina de Medicaid del estado.

Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede acceder a él en línea en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o solicitar 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.



# Resumen de beneficios médicos de 2024

## Simply Freedom (PPO)

### ¿Cuál es el valor de la prima (pago mensual)?

**\$0.00** por mes

Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.

### ¿Cuál es el valor del deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

Deducible de **\$150.00** por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Los medicamentos que figuran en el Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida y Nivel 5: Medicamentos especializados se incluyen en el deducible de la Parte D.

### ¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por los servicios médicos cubiertos? (no incluye medicamentos de la Parte D)

**\$5,000.00** por año por los servicios de médicos y centros de nuestro plan  
**\$8,950.00** por año por los servicios de médicos o centros tanto dentro como fuera de nuestro plan

Como todos los planes médicos de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales para sus gastos de bolsillo por cuidado médico y hospitalario.

Los servicios que usted recibe de los médicos o centros dentro o fuera de nuestro plan se tienen en cuenta para su límite anual. Si alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B (tanto dentro como fuera del plan) por el resto del año.

## Simply Freedom (PPO)

### Hospital para pacientes internados<sup>1</sup>

Centros de nuestro plan: Días 1 a 5: **\$275.00** por día / Días 6 a 90: **\$0.00** por día

Centros médicos que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%** por estadía

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

Sus copagos para los beneficios como paciente hospitalizado se calculan en función de los periodos de beneficios. El periodo de beneficios comienza el primer día en que llega al hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF) y finaliza cuando no ha recibido cuidado hospitalario para pacientes internados ni cuidado especializado de enfermería durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa en un hospital o un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

### Hospital para pacientes ambulatorios<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$250.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

Lo que usted pagará puede depender del servicio y el lugar en el que reciba el tratamiento.

### Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$150.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

### Visitas al consultorio del médico

#### Visita al médico de atención primaria (PCP):

Médicos de atención primaria (PCP) de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

PCP que no están en nuestro plan: Copago de **\$40.00**

## Simply Freedom (PPO)

### Visitas al consultorio del médico

#### Visita a un especialista:

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

### Pruebas de detección preventivas y exámenes físicos anuales

#### Pruebas de detección preventivas: <sup>1</sup>

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

#### Examen físico anual:

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

## Simply Freedom (PPO)

### Pruebas de detección preventivas y exámenes físicos anuales

#### Pruebas de detección preventivas cubiertas:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Visita anual de “bienestar”
- Examen de densitometría ósea
- Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de depresión
- Programa de prevención de la diabetes
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección de la hepatitis C
- Consejería conductual de alta intensidad
- Prueba de detección del VIH
- Pruebas de detección del cáncer de pulmón
- Servicios de terapia nutricional médica
- Pruebas de obesidad y consejería
- Pruebas de detección del cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y consejería
- Consejería para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- Vacunas, incluidas las vacunas contra la influenza, hepatitis B, neumococo y COVID-19
- Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (por única vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura. Si usa los servicios de los médicos de nuestro plan, tendrá cubierto el **100%** del costo de las pruebas de detección preventivas y de los exámenes físicos anuales.

## Simply Freedom (PPO)

### Atención de emergencia

Copago de **\$120.00**

Si se lo admite en el hospital en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.

### Cobertura internacional de atención de urgencia y de emergencia

Este plan cubre los servicios de atención de urgencia y de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Este beneficio se limita a **\$100,000.00** por año.

### Servicios de urgencia

Copago de **\$40.00**

Si se lo admite en el hospital en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la visita de cuidado necesario de forma urgente.

### Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes<sup>1,5</sup>

**Servicios de radiología de diagnóstico** (como exámenes de imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [TC])

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$150.00

Centros y consultorios médicos que no pertenecen a nuestro plan:

Coseguro del 40%

## Simply Freedom (PPO)

### Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes<sup>1,5</sup>

#### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$50.00

Centros y consultorios médicos que no pertenecen a nuestro plan:

Coseguro del 40%

#### Servicios de laboratorio

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros y consultorios médicos que no pertenecen a nuestro plan:

Coseguro del 40%

#### Radiografías ambulatorias

Consultorios médicos de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Centros u hospitales para pacientes ambulatorios de nuestro plan:

Copago de \$25.00

Centro independiente o servicios de radiografía portátil en el hogar de nuestro plan:

Copago de \$0.00

Consultorios médicos, hospitales y centros médicos que no pertenecen a nuestro plan:

Coseguro del 40%

## Simply Freedom (PPO)

### Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes<sup>1,5</sup>

#### Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)

Médicos y centros médicos de nuestro  
plan:

Copago de \$0.00 a copago de \$60.00

Médicos y centros médicos que no  
pertenecen a nuestro plan:

Coseguro del 40%

### Servicios de audición

#### Servicios de audición cubiertos por Medicare (examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio):<sup>1</sup>

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

#### Servicios de audición de rutina:<sup>1</sup>

Este plan cubre 1 examen de audición de rutina hasta un beneficio máximo del plan de **\$59.00** por año. Este plan cubre 1 evaluación de la colocación del audífono de rutina y un beneficio máximo del plan de **\$2,000.00** para audífonos recetados por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00** por exámenes de audición de rutina. Copago de **\$0.00** para audífonos, hasta el monto del beneficio máximo del plan.

Médicos que no están en nuestro plan: Coseguro del **50%** por exámenes de audición de rutina.

## Simply Freedom (PPO)

### Servicios dentales

**Servicios dentales cubiertos por Medicare** (no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o la sustitución de dientes): <sup>1</sup>

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos y dentistas que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

### Asignación dental preventiva<sup>1</sup> e integral combinada

Este plan cubre hasta **\$2,000** en servicios dentales preventivos e integrales cubiertos por año.

Cubrimos más servicios de cuidado dental que Medicare Original. Puede utilizar nuestra cobertura para estos servicios y más: exámenes, limpiezas, tratamientos de flúor, radiografías, empastes y reparaciones, tratamientos de conducto (endodoncia), coronas dentales (fundas), puentes, implantes y dentaduras postizas.

Todo monto no utilizado al final del año calendario caducará.

### Servicios dentales preventivos:

Dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Dentistas que no están en nuestro plan: Coseguro del **50%**

### Servicios dentales integrales:

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos y dentistas que no están en nuestro plan: Coseguro del **50%**

Para encontrar un proveedor de servicios dentales en nuestro plan, siga los mismos pasos indicados en el recuadro “Cómo encontrar un médico/médico de atención primaria (PCP) en nuestro plan” que se incluye al comienzo de este folleto. Luego, seleccione **Proveedor de servicios dentales** (Dental Provider) dentro de **Tipo de proveedor** (Provider Type).

## Simply Freedom (PPO)

### Servicios de la visión

#### Servicios de la visión cubiertos por Medicare:

##### Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

##### Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

#### Servicios de la visión de rutina:

##### Examen de visión de rutina

Este plan cubre 1 examen de la vista de rutina por año. **\$69.00** es el monto máximo de cobertura para exámenes de la vista.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$0.00**

##### Anteojos de rutina (lentes y marcos)

Este plan cubre hasta **\$200.00** para anteojos o lentes de contacto por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$0.00**

## Simply Freedom (PPO)

### Cuidado de salud mental

#### Visita para pacientes hospitalizados: <sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Días 1 a 5: **\$275.00** por día/Días 6 a 90: **\$0.00** por día

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%** por estadía

Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para el cuidado de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental prestados a pacientes hospitalizados en un hospital general.

Los copagos por los beneficios de hospital y de centro de enfermería especializada (SNF) se calculan en función de los periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido cuidado como paciente hospitalizado (ni cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa en un hospital o un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

Nuestro plan también cubre 60 días de "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de servicios de hospital para pacientes internados se limitará a 90 días.

#### Servicios de terapia de grupo e individual para pacientes ambulatorios: <sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

## Simply Freedom (PPO)

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Días 1 a 20 en un SNF: **\$0.00** por día/Días 21 a 100: **\$196.00** por día

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%** por estadía

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).

Sus copagos para los beneficios en un SNF se calculan en función de los periodos de beneficios. El periodo de beneficios comienza el primer día en que llega al hospital o a un SNF y finaliza cuando no ha recibido cuidado hospitalario para pacientes internados ni cuidado especializado de enfermería durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

### Fisioterapia<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

### Ambulancia<sup>1</sup>

#### Ambulancia terrestre/acuática:

Servicios de transporte de emergencia dentro y fuera de nuestro plan: Copago de **\$240.00** por viaje

#### Ambulancia aérea:

Servicios de transporte de emergencia dentro y fuera de nuestro plan: Coseguro del **20%** por viaje

## Simply Freedom (PPO)

### Transporte

Sin cobertura

### Medicamentos de Medicare Parte B

#### Insulina proporcionada a través de una bomba de insulina:

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Medicamentos obtenidos de médicos y centros que no están en nuestro plan: Copago de **\$35.00**

#### Otros medicamentos de la Parte B:<sup>1</sup>

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Coseguro del **0% al 20%**

Medicamentos obtenidos de médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **0%** a coseguro del **40%**

#### Medicamentos de quimioterapia:<sup>1</sup>

Medicamentos obtenidos de médicos y centros de nuestro plan: Coseguro del **0% al 20%**

Medicamentos obtenidos de médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **0%** a coseguro del **40%**

Puede ver un coseguro inferior al máximo para ciertos medicamentos de quimioterapia y la Parte B cuyos precios han aumentado más rápido que la tasa de inflación.

# Beneficios adicionales

## Simply Freedom (PPO)

### Cuidados quiroprácticos<sup>1</sup>

#### Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare:

Proveedores de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Proveedores que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

La cobertura de Medicare incluye la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición).

### Mejor cobertura de medicamentos

Nuestro plan ofrece cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Algunos medicamentos usados para el alivio de la tos y de los síntomas del resfriado.
- Algunas vitaminas recetadas, como ácido fólico y vitamina D 50000 UI.
- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil, como Sildenafil o Tadalafil, con un límite de 6 tabletas por mes.

Consulte su copago correspondiente al Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos, que se encuentra más adelante en este Resumen de Beneficios para saber cuánto debe pagar. El *Formulario* de su plan incluye información adicional sobre todos los medicamentos cubiertos como parte de este beneficio.

## Simply Freedom (PPO)

### Cuidado de los pies (servicios de podología)

#### Podología cubierta por Medicare:

Médicos de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos que no están en nuestro plan: Copago de **\$70.00**

Los exámenes y el tratamiento de los pies están cubiertos si padece una lesión nerviosa relacionada con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.

### Cuidado médico en el hogar<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

### LiveHealth<sup>®</sup> Online

Le permite hablar con un médico certificado por el Colegio de Médicos o con un psiquiatra, psicólogo o terapeuta licenciado por un video de dos vías en vivo, en una computadora, un teléfono inteligente o una tableta.

LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una compañía independiente que ofrece servicios de telesalud en nombre de nuestro plan.

### Suministros/equipos médicos

#### Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.):<sup>1</sup>

Proveedores de suministros de nuestro plan: Coseguro del **0% al 20%** según el equipo

Proveedores que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

## Simply Freedom (PPO)

### Suministros/equipos médicos

**Suministros médicos y dispositivos prostéticos** (férulas, extremidades artificiales, etc.):<sup>1</sup>

Proveedores de suministros de nuestro plan: Coseguro del **20%**

Proveedores de suministros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

**Suministros y servicios para diabéticos:**<sup>1</sup>

Proveedores de suministros en nuestro plan: Copago de **\$0.00**

Proveedores de suministros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

Los suministros para la diabetes cubiertos incluyen: monitores de glucosa, tiras reactivas y lancetas. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para todos los suministros cubiertos.

### Rehabilitación para pacientes ambulatorios

**Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones en un periodo de 36 semanas):<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$30.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

**Servicios de rehabilitación pulmonar** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones):<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$15.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

**Visita de terapia ocupacional:**<sup>1</sup>

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

## Simply Freedom (PPO)

### Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios<sup>1</sup>

#### Visita de terapia individual y de grupo:

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de **\$35.00**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **40%**

### Artículos de venta libre

Este plan cubre determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados que se venden sin receta, hasta **\$90** por mes. Los montos de artículos de venta libre (OTC) no utilizados no se transfieren de un mes al otro. Los pedidos por catálogo se limitan a uno por mes.

Para consultar la lista de los artículos de venta libre cubiertos, solicite una copia del Catálogo de artículos de venta libre a su representante de ventas o llámenos al número que aparece en la página 2.

### Diálisis renal

Médicos y centros de nuestro plan: Coseguro del **20%**

Médicos y centros que no están en nuestro plan: Coseguro del **20%**

### Programa de Ejercicios SilverSneakers<sup>®†</sup>

Cuando se convierte en nuestro miembro, puede inscribirse para SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para obtener más información, visite [www.silversneakers.com](http://www.silversneakers.com) o llame a SilverSneakers al 1-855-741-4985 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

<sup>†</sup>El Programa de Ejercicios SilverSneakers es una prestación de Tivity Health, una compañía independiente. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

## Simply Freedom (PPO)

### Línea de Enfermería 24/7

Acceso a una línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Los servicios con un 1 pueden requerir autorización previa (aprobación previa) del plan. Para los servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes con un 5, si hay variedad de copago o de coseguro, el mínimo se aplica a consultorios médicos y a centros independientes para pacientes ambulatorios. Se aplica el copago o coseguro máximo a un centro hospitalario como servicio para pacientes ambulatorios.



# Resumen de la cobertura de medicamentos recetados de 2024

## Formas de ahorrar

1. Elija medicamentos genéricos de los niveles 1 y 2 cuando estén disponibles.
2. Use el servicio de pedido por correo.

## Simply Freedom (PPO)

### Etapa 1: ¿Cuál es el valor del deducible?

Deducible de **\$150.00** por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Los medicamentos que figuran en el Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida y Nivel 5: Medicamentos especializados se incluyen en el deducible de la Parte D.

Si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare, no se le aplica el deducible de la Parte D.

El deducible de la Parte D no se aplica a los medicamentos de insulina.

### Etapa 2: Cobertura inicial

Después de pagar su deducible anual (si su plan tiene uno), usted paga el monto que figura en la tabla de las páginas siguientes hasta que el total anual de sus costos de medicamentos alcance los **\$5,030**. El costo total anual de medicamentos es el total de los costos de medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos cubiertos en farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de nuestro plan. Por lo general, puede obtener sus medicamentos cubiertos de farmacias que no forman parte de nuestro plan solo cuando no pueda obtener sus medicamentos recetados de una farmacia del plan. Si vive en un centro de cuidados médicos a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare, el monto que usted paga puede ser diferente en esta etapa.

<b>Etapas 2: Cobertura inicial</b>	
<b>Costos compartidos</b>	<b>Simply Freedom (PPO)</b>
<p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p><b>\$0.00*</b></p> <p><b>\$0.00*<sup>100</sup></b></p>
<p><b>Nivel 2: Medicamentos genéricos y medicamentos de insulina cubiertos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro de insulina para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p> <p>Suministro de insulina para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p><b>\$10.00*</b></p> <p><b>\$10.00*</b></p> <p><b>\$0.00*</b></p> <p><b>\$0.00*</b></p>
<p><b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida y medicamentos de insulina cubiertos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro de insulina para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p><b>\$47.00*</b></p> <p><b>\$35.00*</b></p> <p><b>\$141.00*</b></p>

## Etapa 2: Cobertura inicial

Costos compartidos	Simply Freedom (PPO)
Suministro de insulina para tres meses a través del pedido por correo	<b>\$105.00*</b>
<p><b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida y medicamentos de insulina cubiertos</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro de insulina para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p> <p>Suministro de insulina para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p style="text-align: center;"><b>\$100.00</b></p> <p style="text-align: center;"><b>\$35.00</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No disponible</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No disponible</b></p>
<p><b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b></p> <p>Suministro para un mes en farmacia minorista estándar</p> <p>Suministro para tres meses a través del pedido por correo</p>	<p style="text-align: center;"><b>30%</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No disponible</b></p>

\* Su deducible no se aplicará a estos medicamentos.

<sup>100</sup> El suministro de tres meses para este nivel del plan es de 100 días.

## Simply Freedom (PPO)

### Etapa 3: Periodo sin cobertura

Después de que el costo total anual en medicamentos alcance los **\$5,030**, el plan le brinda cobertura limitada para determinados medicamentos. Continuará pagando su costo compartido de ICL para el Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en el periodo sin cobertura. Usted no pagará más del **25%** de los costos del plan por otros medicamentos genéricos y de marca del formulario, hasta que sus gastos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen los **\$8,000**.

### Etapa 4: Cobertura catastrófica

Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los **\$8,000**, el plan pagará todos los costos de medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año.

# Nuestros equipos de cuidado médico trabajan para usted

Si padece una condición crónica (diabetes, presión arterial alta, insuficiencia cardíaca, etc.) o un problema de salud complejo, nuestro equipo de manejo de casos puede ayudarlo. Este servicio está incluido sin costo.

La **administración de casos** incluye un equipo de enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas y otros especialistas médicos capacitados que pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Planificar la atención preventiva.
- Aprender formas de manejar sus síntomas.
- Encontrar recursos comunitarios.
- Obtener referencias a otros programas que ofrecemos.
- Planificar hospitalizaciones o un procedimiento.

La **planificación del alta** incluye un equipo especial para pacientes hospitalizados que trabaja en coordinación con su médico para que usted reciba los servicios que necesite después de dejar el hospital.

Hay disponibles servicios de traducción; póngase en contacto con el plan o su agente.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Simply Freedom (PPO) , excepto en casos de emergencia. Para que tomemos la decisión de cubrir o no un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor nos soliciten una determinación de la organización antes de que reciba el servicio. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a servicios fuera de la red.

Si necesita atención de emergencia o urgencia, llame al 911, o vaya al médico o al centro más cercano que pueda brindarle ayuda. La mayoría de las veces, debe buscar médicos de nuestro plan para recibir atención médica cubierta, excepto para emergencias y para cuidado necesario de forma urgente cuando los médicos de nuestro plan no están disponibles, o para servicios de diálisis cuando usted está fuera del área de servicio. Si recibe atención de rutina por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan, ni Medicare ni Simply Healthcare pagarán por ella.

Simply Healthcare es un plan LPPO que tiene un contrato con Medicare asegurado por Wellpoint Life & Health Insurance Company, una aseguradora de Florida Health certificada. La inscripción en Simply Healthcare depende de la renovación del contrato.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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 **1-877-577-0115** (TTY: **711**). Someone who speaks English 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 **1-877-577-0115** (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计划的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-877-577-0115** (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計劃可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-877-577-0115** (TTY: **711**)。我們講粵語的工作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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالخطة الصحية أو الأدوية. للحصول على مترجم، فوريما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-577-0115** (TTY: **711**) يمكن لشخص يتحدث الإنجليزية أن يساعدك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-877-577-0115** (TTY: **711**) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता 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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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 **1-877-577-0115** (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、**1-877-577-0115** (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。

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**  
Calificación por estrellas de Medicare de 2024

Información  
oficial de  
Medicare  
del Gobierno  
de los  
Estados Unidos



Simply Healthcare - H9469

**Para 2024, Simply Healthcare - H9469 recibió las siguientes calificaciones por estrellas de Medicare:**

**Calificación general por estrellas:**

Plan demasiado nuevo para ser evaluado

**Calificación de los Servicios de Salud:**

Plan demasiado nuevo para ser evaluado

**Calificación de los Servicios de Medicamentos:**

Plan demasiado nuevo para ser evaluado

*\*Algunos planes no tienen suficientes datos disponibles para calificar el desempeño.*

**Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.**

**Por qué es importante la calificación por estrellas**

Medicare califica los planes en base a sus servicios médicos y de medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a la calidad y el desempeño.

La calificación por estrellas se basa en varios factores que incluyen los siguientes:

- Las opiniones de los miembros sobre el servicio y la atención del plan.
- La cantidad de miembros que abandonaron o continuaron en el plan.
- La cantidad de reclamos que recibió Medicare sobre el plan.
- La información suministrada por los médicos y los hospitales que trabajan con el plan.

**La cantidad de estrellas indica el desempeño del plan.**

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Más estrellas significan un mejor plan. Por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido Servicio al Cliente.

**Obtenga más información sobre la calificación por estrellas en línea**

Para comparar las calificaciones por estrellas de este y otros planes, ingrese en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

**¿Tiene preguntas sobre este plan?**

Comuníquese con Simply Healthcare los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, al 1-888-577-0212 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

Si es miembro actualmente, llame al 1-877-577-0115 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

Simply Healthcare es un plan LPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Simply Healthcare depende de la renovación del contrato.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al **1-888-577-0212** TTY: **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

### Comprensión de los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) brinda una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite <https://shop.simplyhealthcareplans.com/medicare> o llame al **1-888-577-0212** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora están dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que posiblemente deberá seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener medicamentos recetados está dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, posiblemente deberá seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.
- Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprensión de normas 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 la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le conviene renunciar a la póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.
- Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

- Nuestro plan permite que usted acuda a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar brindarle tratamiento. Salvo en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.