

# **Resumen de beneficios de 2020**

## **PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)**

### **H3291, Plan 002**

**Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP), del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.**

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La presente información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-844-224-3659; los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener más información.

La información proporcionada sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en [www.pruitthealthpremier.com](http://www.pruitthealthpremier.com), o llame a Servicios para los miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

#### **Para comunicarse con nuestros Representantes de Servicios para los miembros:**

- Llame gratis al 1-844-224-3659; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Horario de atención: De 8:00 h a 20:00 h, los siete días de la semana (excepto el día de Acción de gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.

#### **Para unirse a PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP), debe:**

- tener derecho a la Parte A de Medicare,
- -- y -- estar inscrito en la Parte B de Medicare,
- -- y -- vivir en nuestra área de servicio,
- -- y -- ser un ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos,
- -- y -- no padecer enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas; por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifestó siendo miembro de un plan que ofrecemos, o si era miembro de otro plan que terminó,

- -- y -- cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

## **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que proporciona ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible en nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Georgia: Banks, Barrow, Clarke, Elbert, Greene, Hall, Jackson, Jasper, Madison, Morgan, Oconee, Oglethorpe y Walton.

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que podrá encontrar en nuestro sitio web a través de [www.pruithhealthpremier.com](http://www.pruithhealthpremier.com) Si usted utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

Este documento también está disponible en Braille y en tamaño de letra grande.

Los beneficios, las primas, el deducible, y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

Las primas, los copagos y el coseguro, y los deducibles pueden variar dependiendo del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Póngase en contacto con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible gratis en español.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$25,30 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$198
<b>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$6.700
<b>Cobertura de hospitalización</b>	Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020. Deducible de \$1,408; Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida  <i>*Se requiere Autorización previa.</i>
<b>Cobertura para pacientes externos</b> Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios de observación para pacientes externos	20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i>  \$100 de copago <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 de copago 20% de coseguro
<b>Servicios preventivos</b>	Usted no tiene que pagar nada. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Existen algunos artículos que no están cubiertos, con un costo de \$0.
<b>Atención de emergencia</b>	\$90 de copago El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital en un plazo de 3 días.
<b>Servicios de urgencia</b>	20% de coseguro hasta un máximo de \$65 El coseguro no se aplica si usted es admitido en un hospital en un plazo de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b> Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, IRM y TAC) Radiografías para pacientes externos	20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i> \$0 de copago <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i> 20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i> 20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Servicios auditivos</b> Examen auditivo</p> <p><i>Beneficio complementario</i> Examen de audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos</p> <p>Audífonos</p>	<p>20% de coseguro del costo de los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina y un ajuste/evaluación de audífonos cada año.</p> <p>Hasta \$1.250 de crédito por ambos oídos combinados cada dos años para audífonos. <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios odontológicos</b> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p><i>Preventivos e integrales</i></p>	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago: 1 Examen oral; profilaxis (limpieza) cada 6 meses; radiografías dentales cada año</p> <p>Máximo anual de \$850 para servicios odontológicos preventivos o integrales <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Atención de la vista</b> Examen ocular anual para la retinopatía diabética</p> <p><i>Beneficio complementario</i> Examen ocular de rutina</p> <p>Anteojos, lentillas, monturas, lentes de contacto</p>	<p>20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una consulta de rutina para un examen ocular por año.</p> <p>Asignación de hasta \$225 por año.</p>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Servicios de salud mental</b>	
Consulta del paciente hospitalizado	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020.  Deducible de \$1,408;  Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios  Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios  Días 91 y subsiguientes:  Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida</p> <p><i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>
Consulta de terapia de grupo para pacientes externos	<p>20% de coseguro  <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
Consulta de terapia individual para pacientes externos	<p>20% de coseguro  <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020.  \$0 de copago por día del 1 al 20 por cada Estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.  \$176 de copago por día, del 21 al 100 por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p><i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>20% de coseguro</p>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
	<i>*Se requiere Autorización previa.</i>
<b>Servicios de ambulancia</b> Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	20% de coseguro 20% de coseguro
<b>Transporte (rutina adicional)</b>	\$0 de copago Transporte de rutina para hasta 36 viajes por año. Un viaje se considera transporte de ida en taxi, autobús/metro, monovolumen o transporte médico a un lugar de atención sanitaria aprobado por el plan.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos para quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i> 20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i>
<b>Equipo médico y suministros</b> Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas y oxígeno) Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos y miembros artificiales) Suministros para diabéticos Proveedor preferido para diabéticos Zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos	20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i> 20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Fabricante limitado a Roche Accu-check 20% de coseguro

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b> Exámenes y tratamiento de los pies  <i>Beneficio complementario</i> Atención de rutina de los pies	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.  \$0 de copago por 6 consultas de atención de rutina de los pies por año.
<b>Terapia ocupacional o del habla</b>	20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i>
<b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b> <i>Beneficio complementario</i> Beneficio del Catálogo de Salud	El beneficio del Catálogo de Salud proporcionará a los miembros un máximo de \$300 por trimestre que pueden gastar en artículos de un Catálogo de Salud seleccionado, proporcionado a los miembros por OTC Health Solutions.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i>
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</b>	\$0 de copago Botón de Alerta de Vida disponible para todos los miembros en el momento de la inscripción.
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i>



<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>		
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costos compartidos estándar minoristas</b> (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)</b> (suministro para hasta 31 días)
<b>Deducible</b>	\$435 por todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
<b>Costo compartido de los medicamentos cubiertos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Período sin cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha abonado) alcancen 4.020 \$, usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos, ni el 25% de coseguro por medicamentos de marca por cualquier tipo de medicamentos durante el período sin cobertura.	
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que los costos anuales pagados de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen los \$6.350, usted paga el monto superior de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• copago de \$3,60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), y un copago de \$8,95 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	

## **Georgia Medicaid y PruittHealth Premier**

PruittHealth Premier (HMO SNP) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Es un Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (DSNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid.

Para unirse a este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir dentro de nuestra área de servicio, y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

PruittHealth Premier inscribe a personas con diferentes niveles de beneficios de Medicaid. Esto significa que, dependiendo de su nivel de beneficios de Medicaid, algunos o todos los costos de su propio bolsillo para PruittHealth Premier podrían estar cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre su nivel de Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, póngase en contacto con: Georgia Department of Community Health: 1-404-656-4507.

### **Usted puede inscribirse en este plan si está en una de estas categorías de Medicaid:**

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para el costo compartido de Medicare, y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de las Partes A y B.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para el costo compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de las Partes A y B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid solo paga la prima de la Parte A.
- **Persona que reúne los requisitos (Qualified Individual, QI):** Medicaid solo paga la prima de la parte B.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Usted recibe todos los beneficios de Medicaid, y Medicaid paga la prima de la Parte B.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid solo paga la prima de la parte B.
- **Beneficios Completos Doblemente Elegibles (FBDE):** Medicaid puede proporcionar asistencia limitada con el costo compartido de Medicare. Medicaid también proporciona todos los beneficios de Medicaid.

<b>Nivel de elegibilidad</b>	<b>QMB+</b>	<b>QMB</b>	<b>QDWI</b>	<b>QI</b>	<b>SLMB+</b>	<b>SLMB</b>	<b>FBDE</b>
<b>Prima de la Parte A</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>				
<b>Prima de la Parte B</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Deducibles, copagos y coseguros de Medicare</b>	<b>X</b>	<b>X</b>					
<b>Beneficios completos de Medicaid</b>	<b>X</b>				<b>X</b>		<b>X</b>

## **Las protecciones de costo compartido a las que la persona tiene derecho de conformidad con el Título XIX (Medicaid).**

PruittHealth Premier tiene prohibido imponer requisitos de costo compartido a las personas inscritas en la Doble Elegibilidad que superen los montos permitidos por el plan estatal de Medicaid, si la persona no estuviera inscrita en PruittHealth Premier DSNP.

Los contratos de PruittHealth Premier con los proveedores de la red incluyen un lenguaje que garantiza que los proveedores aceptan el programa de tarifas de Medicare más la participación en los costos del afiliado como pago total. Bajo PruittHealth Premier, los proveedores solo pueden cobrar el costo compartido del afiliado según lo especificado por el Plan de Salud, y de acuerdo con las pautas de Medicare y Georgia Medicaid.

## **Beneficios de Medicaid**

Como miembro del plan, sus servicios son pagados primero por Medicare a través de PruittHealth Premier, y posteriormente por Medicaid. A continuación, puede ver lo que el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia cubre como agencia de Medicaid, y lo que nuestro plan cubre para usted. Si un beneficio está agotado o no está cubierto por Medicare, su Medicaid puede proporcionar cobertura, lo cual depende del tipo de Medicaid que usted tenga.

Una vez que sea miembro del plan, sin importar el tipo de Medicaid que tenga, PruittHealth Premier (HMO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección de beneficios cubiertos del documento Resumen de beneficios.

<b>Beneficios</b>	<b>PruittHealth Premier (HMO SNP)</b>	<b>Medicaid</b>
Servicios odontológicos adicionales	Cubierto	Cubierto si es Medicamento Apropriado hasta los 21 años
Atención adicional de los pies	Cubierto	Cubierto
Servicios adicionales para la visión	Cubierto	No cubierto
Ambulancia	Cubierto	No cubierto
Atención quiropráctica	Cubierto	Cubierto
Servicios odontológicos	Cubierto	Cubierto
Suministros y servicios para la diabetes	Cubierto	Cubierto si es Medicamento Apropriado hasta los 21 años

<b>Beneficios</b>	<b>PruittHealth Premier (HMO SNP)</b>	<b>Medicaid</b>
Pruebas de Diagnóstico Servicios de Laboratorio y Radiología y Rayos X	Cubierto	Cubierto
Consultas al consultorio médico	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia	Cubierto	Cubierto
Atención de los pies	Cubierto	Cubierto
Servicios auditivos	Cubierto	Cubierto
Atención médica a domicilio	Cubierto	Cubierto
Hospicio	Cubierto	Cubierto
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Centros de cuidados intermedios	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta libre	No cubierto	No cubierto
Servicios preventivos	Cubierto	Cubierto
Dispositivos protésicos	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto
Servicios de enfermería	Cubierto	Cubierto

<b>Beneficios</b>	<b>PruittHealth Premier (HMO SNP)</b>	<b>Medicaid</b>
especializada		
Transporte (de no emergencia)	Cubierto	Cubierto
Atención de urgencia	Cubierto	Cubierto
Servicios para la visión	Cubierto	Cubierto

La siguiente es una lista de los beneficios de la exención de Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) proporcionados por Georgia Medicaid. El hecho de que usted los reciba se basa en su nivel de Medicaid:

- Primas, deducibles y coseguros de Medicare
- Transporte que no sea de emergencia (para ir y volver de las citas médicas)
- Acceso médico las 24 horas
- Servicios de enfermería especializada. Servicios de enfermería permanentes.
- Salud diurna para adultos/cuidados diurnos para adultos
- Servicios de vivienda alternativos/servicios de vivienda asistidos (no incluye los costos de alojamiento y comida)
- Sistema de respuesta a emergencias
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios de entrega a domicilio
- Servicios de atención personal - limpieza de la casa, compras, lavandería, asistencia con actividades de la vida diaria, como comer, vestirse, moverse, etc.
- Atención de relevo - tanto en el hogar como fuera de él

La descripción sobre los beneficios y las protecciones de costo compartido que están cubiertos de conformidad con el D-SNP.

Los beneficios proporcionados por PruittHealth Premier se resumen más arriba. Para obtener una lista completa de los beneficios, consulte la Evidencia de cobertura en [www.Pruithhealthpremier.com](http://www.Pruithhealthpremier.com)

PruittHealth Premier tiene un contrato con Georgia Medicaid para coordinar sus servicios de Medicare y Medicaid. Sus servicios de Medicaid todavía se proporcionan a través de Georgia Medicaid, pero PruittHealth Premier le ayudará a asegurar que todos sus servicios de atención médica funcionen conjuntamente.

PruittHealth Premier garantiza que los miembros continúen teniendo todas las protecciones de costo compartido de conformidad con Medicare y Medicaid.

El costo compartido puede diferir según el punto de servicio [minorista, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)], infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar o si la receta es a corto plazo (suministro de 30 días) o a largo plazo (suministro de 90 días).



## **Aviso sobre no discriminación**

PruittHealth Premier cumple con las leyes federales sobre derechos civiles, y no discrimina por raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. PruittHealth Premier no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

### **PruittHealth Premier:**

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como por ejemplo:

- Intérpretes cualificados de lengua de signos
- Información redactada en otros formatos (por ejemplo, tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille y otros formatos)

Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el español, como por ejemplo:

- Intérpretes cualificados
- Información redactada en otros idiomas

**Si necesita estos servicios**, póngase en contacto con Servicios para los miembros de PruittHealth Premier en la siguiente información de contacto.

Si usted considera que PruittHealth Premier no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: PruittHealth Premier, P.O. Box 2190, Glen Allen, VA 23058; (844) 317-9059; (TTY 711); fax: 800-335-0270; correo electrónico:

[Compliance@pruithhealthpremier.com](mailto:Compliance@pruithhealthpremier.com).

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, los Servicios para los miembros de PruittHealth Premier están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en la oficina del Portal de quejas sobre derechos civiles, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 TTY/TDD: 1-800-537-7637 (TDD).

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



LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE CONSIDERAN  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y PATENTADA, Y ESTÁ PROHIBIDO SU USO O  
DIVULGACIÓN POR DUPLICADO SIN LA APROBACIÓN PREVIA DE PRUITTHEALTH  
PREMIER © 2019 PruittHealth Premier

H3291\_2020NDNGA\_C



## Servicios de intérpretes en diferentes idiomas

### Amharic

ይነበብ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ ከክፍያ ነጻ የቋንቋ ረዳት ይቀርብልዎታል። በስልክ ቁጥር 1-844-224-3659 (TTY: 711) ይደውሉ።

### Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-224-3659 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

### Chinese

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-224-3659 (TTY: 711)。

### French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-224-3659 (ATS: 711).

### German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-224-3659 (TTY: 711).

### Gujarati

જો તમે [ગુજરાતી] બોલો છો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-844-224-3659 ને કોલ કરો (ટી.ટી.વાય: 711) .

### Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-224-3659 (TTY: 711).

### Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-224-3659 (TTY: 711) पर कॉल करें।

### Japanese

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-224-3659 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

### Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-224-3659 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

### Persian (Farsi)

توجه: اگر به زبان [فارسی] صحبت می‌کنید، خدمات کمک‌های زبانی رایگان برای شما موجود است. جهت دسترسی به این خدمات، با شماره 1-844-224-3659 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Portuguese**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-844-224-3659 (TTY: 711).

**Russian**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-224-3659 (телетайп: 711).

**Spanish**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-224-3659 (TTY: 711).

**Vietnamese**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-224-3659 (TTY: 711).

# Lista de verificación previa a la inscripción

## PruittHealth Premier (HMO I-SNP)

## PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-844-224-3659 (TTY 711).

### Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los cuales consulta a un médico de manera rutinaria. Visite [PruittHealthPremier.com](http://PruittHealthPremier.com) o llame al 1-844-224-3659 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta está dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprensión de las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- 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).
- Solo **para inscritos en I-SNP**: Este es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la comprobación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF) de atención a largo plazo (LTC), un centro de enfermería de LTC (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IDD) o un centro psiquiátrico para pacientes internos.

- Solo para inscritos en I-SNP:** Este es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la comprobación de que su condición hace probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel institucional de atención sea de al menos 90 días.
  
- Solo para inscritos en D-SNP:** Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la comprobación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de conformidad con Medicaid.

PruittHealth Premier cumple con las leyes federales sobre derechos civiles, y no discrimina por raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-224-3659 (TTY 711). **CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-224-3659 (TTY 711).