



Resumen de beneficios para 2023

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) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para obtener más información, llame al 1-855-855-0668, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en 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 1-855-855-0668, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Para inscribirse en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP), es necesario que:

- reúna los requisitos para la Parte A de Medicare
- -- y -- esté inscrito en la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área de servicio
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos
- -- y -- cumpla con los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

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

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en PruittHealthPremier.com. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, existe la posibilidad de que el plan no pague estos servicios.

Este documento está disponible de forma gratuita en español. (This document is available for free in English.)

Este documento está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda adicional” que recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023).**” Revíselo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando a 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.

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Prima mensual del plan (<i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i>)	\$37.30 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	El deducible de la Parte B es de \$226. Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2023 por consultas para pacientes hospitalizados o por consultas para pacientes hospitalizados de salud mental. \$1,600 de deducible
Monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$8,300
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. El período de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i> \$100 de copago por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consultas médicas Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 de copago 20% de coseguro
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, exámenes para personas con diabetes)	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
Servicios de urgencia necesarios	20% de coseguro Hasta un máximo de \$60 por consulta. El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de diagnóstico por imagen (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan]) Servicios de laboratorio Radiografías como paciente externo	 20% de coseguro <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de cuidados o consultorio del médico.</i> 20% de coseguro <i>Las ecografías no requieren autorización.</i> \$0 de copago <i>No se requiere autorización para pruebas de laboratorio realizadas en cualquier centro.</i> <i>Se requiere autorización para pruebas genéticas solamente.</i> 20% de coseguro <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería, consultorio médico u hospital.</i>

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Radiología terapéutica	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios auditivos Evaluación auditiva <i>Beneficios complementarios</i> Examen auditivo de rutina Prueba(s) para el ajuste de audífonos Audífonos	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año \$0 de copago Hasta \$2,500 de crédito por ambos oídos combinados cada año para audífonos. <i>Se requiere autorización previa solo para audífonos.</i>
Servicios dentales Servicios dentales cubiertos por Medicare. <i>Beneficios complementarios</i> Servicios preventivos e integrales	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa solamente para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i> \$0 de copago 1 examen oral cada seis meses; 1 profilaxis (limpiezas) cada seis meses; 1 radiografía dental cada año; 1 tratamiento con fluoruro cada seis meses Hasta un máximo anual de \$4,200 por servicios dentales preventivos integrales cada año.

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
<p>Atención de la vista</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista</p> <p>Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</p> <p>Prueba de detección de glaucoma</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <p>Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes de contacto ○ Lentes para anteojos ○ Marcos para anteojos ○ Anteojos (lentes y marcos) ○ Actualizaciones 	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 1 consulta de examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Hasta \$500 de crédito combinado cada año.</p>
<p>Servicios de atención de la salud mental</p> <p>Consultas como paciente hospitalizado</p> <p>Consulta para terapia grupal como paciente externo</p>	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.</p> <p>\$1,600 de deducible;</p> <p>\$0 de copago cada día por los días 1 al 60;</p> <p>\$400 de copago cada día por los días 61 al 90;</p> <p>\$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro</p>

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Consulta para terapia individual como paciente externo	20% de coseguro
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.</p> <p>\$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>\$200 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Fisioterapia	<p>20% de coseguro</p> <p><i>No se requiere autorización par servicio en los centros de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i></p>
Servicios de ambulancia	
Ambulancia terrestre	20% de coseguro
Ambulancia aérea	20% de coseguro
Servicios de transporte (que no sea de emergencia)	<p>\$0 de copago</p> <p>Servicios de transporte rutinarios de hasta un máximo de 60 viajes cada año.</p> <p>Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, o transporte médico a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
Medicamentos para quimioterapia y radiación	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i></p>
Otros medicamentos de la Parte B	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i></p>

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)	
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$505 para todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
Costo compartido para medicamentos cubiertos	25% de coseguro	25% de coseguro
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$7,400, usted pagará la mayor cantidad de: <ul style="list-style-type: none">• 5% de coseguro, o bien,• \$4.15 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como medicamentos genéricos) y \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos.	

Costo-compartido basado en el punto de servicio (en tiendas minoristas, Long Term Care (LTC)), infusión a domicilio, si la farmacia está en nuestra red en una red estándar o cuando la receta es de corto plazo (suministro por 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso cuando no haya pagado su deducible.

Beneficios Adicionales

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Suministros para controlar la diabetes	\$0 de copago
Beneficios de comidas	\$0 de copago Límite de 2 comidas por día durante 14 días 4 veces por año calendario después de la internación en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).
Terapia ocupacional	20% de coseguro <i>Es posible que se requiera autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
Beneficio de productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	\$0 de copago Catálogo de salud El Beneficio del catálogo de salud suministra a los miembros un máximo de \$450 cada tres meses que pueden gastar en productos de un catálogo de salud determinado suministrado a los miembros por OTC Health Solutions. Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)	\$0 de copago Botón "Life Alert" (proporcionado por Lifeline) disponible para todos los miembros al momento de la inscripción.
Servicios de podiatría (Cuidado del pie) Examen y tratamiento del pie <i>Beneficio complementario</i> Atención adicional de rutina para los pies	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 de copago Se limita a 6 consulta(s) cada año
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill) Caja de alimentos saludables	Los miembros que cumplen con criterios específicos y tienen una afección crónica que califique son elegibles para recibir mensualmente una caja de alimentos saludables. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información.

	PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
Terapia del lenguaje	20% de coseguro <i>No se requiere autorización en los centros de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i>

Medicaid de Georgia y PruittHealth Premier

PruittHealth Premier (HMO DSNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con un contrato con Medicare. Este plan es un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP) para personas que tienen Medicare y Medicaid.

Para inscribirse al plan, debe reunir los requisitos para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en 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, según el nivel de beneficios de Medicaid que tenga, algunos o todos los costos que tiene que pagar de su bolsillo de PruittHealth Premier podrían estar cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre su nivel de Medicaid además de los beneficios que le corresponden, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al: 1-404-656-4507.

Puede inscribirse en este plan si está en alguna de estas categorías de Medicaid:

- **Beneficiario total calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** usted recibe cobertura de Medicaid para costos compartidos de Medicare y también es elegible para beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga las primas de la Parte A y de la Parte B, los deducibles, el coseguro y los montos de copago.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** usted recibe cobertura de Medicaid para el costo compartido de Medicare, pero no es elegible para beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga las primas de la Parte A y de la Parte B, los deducibles, el coseguro y el monto de copago únicamente.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solo la prima de la Parte A.
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solo la prima de la Parte B.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** usted recibe beneficios totales 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 paga solo la prima de la Parte B.
- **Doble elegibilidad total de beneficios (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid podría brindar ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también brinda beneficios totales de Medicaid.

Nivel de elegibilidad	QMB+	QMB	QDWI	QI	SLMB+	SLMB	FBDE
Prima de la Parte Part A	X	X	X				

Nivel de elegibilidad	QMB+	QMB	QDWI	QI	SLMB+	SLMB	FBDE
Prima de la Parte Part B	X	X		X	X	X	
Deducibles, copagos, coseguro de Medicare	X	X					
Beneficios totales de Medicaid	X				X		X

Protecciones de costo compartido a las que tiene derecho una persona en virtud del Título XIX (Medicaid).

PruittHealth Premier tiene prohibido imponer requisitos de costo compartido que superarían los montos permitidos en virtud del plan estatal de Medicaid a miembros con elegibilidad doble si dicha persona no estaba inscrita en PruittHealth Premier DSNP.

Los contratos de PruittHealth Premier con proveedores de la red incluyen lenguaje que garantice que los proveedores acepten la lista de precios de Medicare además del costo compartido del miembro como pago total. Según PruittHealth Premier, los proveedores solo podrían cobrar el costo compartido del miembro según lo establece el plan de salud y en conjunción con las pautas de Medicare y Medicaid de Georgia.

Beneficios de Medicaid

Como miembro del plan, los servicios que usted recibe son pagados primero por Medicare a través de PruittHealth Premier y, después por Medicaid. A continuación, puede ver lo que cubre el Departamento de salud comunitaria de Georgia como agencia de Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, el Medicaid que usted tenga podría brindar cobertura, aunque depende del tipo de Medicaid que usted tenga.

Una vez que usted es miembro del plan, no importa qué tipo de Medicaid tenga, PruittHealth Premier (HMO SNP) cubrirá los beneficios que se describen en la sección de beneficios cubiertos del documento Resumen de beneficios.

Beneficio	PruittHealth Premier D-SNP (HMO DSNP)	Medicaid
Servicios dentales adicionales	Con cobertura	Con cobertura si corresponden médicamente hasta la edad de 21
Atención adicional del pie	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio	PruittHealth Premier D-SNP (HMO DSNP)	Medicaid
Servicios de la vista adicionales	Con cobertura	Sin cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Sin cobertura
Atención de quiropráctica	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios y suministros para la diabetes	Con cobertura	Con cobertura si corresponden médicamente y hasta la edad de 21 años
Análisis de laboratorio, servicios radiológicos y radiografías con fines de diagnóstico	Con cobertura	Con cobertura
Consultas en el consultorio del médico	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero	Con cobertura	Con cobertura
Atención de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado del pie	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de audición	Con cobertura	Con cobertura
Atención médica a domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Hospicio	Con cobertura	Con cobertura
Atención hospitalaria para pacientes internados	Con cobertura	Con cobertura
Atención de salud mental para pacientes internados	Con cobertura	Con cobertura
Centros de atención intermedia	Con cobertura	Con cobertura
Atención de salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Con cobertura	Con cobertura
Productos de venta libre	Con cobertura	Sin cobertura
Atención médica preventiva	Con cobertura	Con cobertura
Dispositivos protésicos	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio	PruittHealth Premier D-SNP (HMO DSNP)	Medicaid
Diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Centro de enfermería especializada	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (que no sea para emergencias)	Con cobertura	Con cobertura
Atención de urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la vista	Con cobertura	Con cobertura

La siguiente lista enumera las exenciones de beneficios para servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) suministrados por Medicaid de Georgia. El hecho de que los reciba se basa en su nivel de Medicaid:

- Primas, deducibles y coseguro de Medicare
- Transporte que no sea de emergencia (ida y vuelta a consultas médicas)
- Acceso médico las 24 horas
- Servicios de enfermería especializada
- Salud diurna para adultos/Atención diurna para adultos
- Servicios para vida alternativa/Servicios de vida asistida (no se incluye gastos de habitación y comida)
- Servicios de respuesta de emergencia
- Comidas entregadas a domicilio
- Servicios brindados en el hogar
- Servicios de apoyo personal: limpieza del hogar, compras, lavandería, ayuda con actividades de la vida cotidiana tales como alimentarse, vestirse, moverse de un lugar a otros, etc.
- Cuidado por relevos, dentro y fuera del hogar

Descripción de beneficios y protecciones para costo compartido cubiertos por D-SNP.

Arriba se resumen los beneficios suministrados por PruittHealth Premier D-SNP. Hay una lista completa de beneficios en la Evidencia de cobertura en www.Pruitthealthpremier.com.

PruittHealth Premier D-SNP tiene un contrato con Medicaid de Georgia a fin de coordinar sus servicios de Medicare y Medicaid. Usted sigue recibiendo servicios de Medicaid a través de Medicaid de Georgia; no obstante, PruittHealth Premier D-SNP ayuda a garantizar que todos los servicios de salud que usted reciba funcionen conjuntamente.

PruittHealth Premier D-SNP garantiza que los miembros sigan teniendo todas las protecciones de costo compartido que brindan Medicare y Medicaid.

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 entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-855-855-0668 (TTY 711).

Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de que se inscriba. Visita [PruittHealthPremier.com](https://www.PruittHealthPremier.com) o llame al 1-855-855-0668 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pídaselo a su médico) para asegurarse de que los médicos a quienes consulte están dentro de la red. Si no aparecen en este documento, significa que es muy probable que tenga que elegir a otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está en este documento, es muy probable que tenga que elegir otra farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo regular, esta prima se obtiene de su cheque del Seguro Social de cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2024.
- ☐ Excepto de cuando se trata de situaciones de emergencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes I-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación que, durante 90 días o más, usted ha tenido o bien, se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad de psiquiatría, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de cama giratoria o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) que proporcionen servicios semejantes a estos.
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes I-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales para quienes tienen doble elegibilidad (D-SNP). Para inscribirse se basa en la verificación de que usted tiene derecho a recibir asistencia tanto de parte de Medicare como de un plan estatal que esté en conformidad con Medicaid.

Lista de verificación previa a la inscripción

PruittHealth Premier (HMO I-SNP)

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

PruittHealth Premier es un HMO I-SNP y HMO C-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en PruittHealth Premier depende de la renovación del contrato.

Los proveedores que no se encuentran en nuestra red/que no tienen contrato con nosotros, no tienen obligación alguna de tratar a miembros de PruittHealth Premier, salvo cuando se trate de situaciones de emergencia. Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios que se encuentran fuera de la red.

PruittHealth Premier cumple con las leyes federales aplicables de los derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia Llame al 1-855-855-0668 (TTY 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-855-0668 (TTY 711).

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 1-855-855-0668. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-855-0668. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-855-0668。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-855-0668。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-855-0668. 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 1-855-855-0668. 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 1-855-855-0668 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 1-855-855-0668. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-855-0668 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 1-855-855-0668. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-855-855-0668 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. 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 1-855-855-0668 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 1-855-855-0668. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-855-855-0668. 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 1-855-855-0668. 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 1-855-855-0668. 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、1-855-855-0668 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。