



# Resumen de beneficios para 2024

## 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 2024 al 31 de diciembre de 2024.**

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO D-SNP (HMO en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud) (D-SNP en inglés significa Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad) 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](https://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 de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, tiene que ser elegible para ambos Medicare y Medicaid.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H3291002000 PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) incluye estos condados en Georgia: Banks, Barrow, Bibb, Clarke, DeKalb, Elbert, Forsyth, Fulton, Greene, Gwinnett, Hall, Henry, Houston, Jackson, Jasper, Madison, Monroe, Morgan, Oconee, Oglethorpe, Spalding, 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](http://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 2024 (Medicare Y Usted 2024)**”. 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.

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b> ( <i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i> )	\$44.20 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$44.20 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	El deducible de la Parte B era de \$226. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en <a href="http://PruittHealthPremier.com">PruittHealthPremier.com</a> apenas se emitan. Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. \$1,600 de deducible	El deducible de la Parte B era de \$226. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en <a href="http://pruithhealthpremier.com">pruithhealthpremier.com</a> apenas se emitan. Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. \$1,600 de deducible
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$8,850	\$8,850
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.  <i>Se requiere autorización previa.</i>	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. El plan proporcionará las cuotas actualizadas en <a href="http://PruittHealthPremier.com">PruittHealthPremier.com</a> tan pronto como Medicare las dé a conocer. \$1,600 de deducible;

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
		\$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). <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	0% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  0% de coseguro por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  \$100 de copago por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	0% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Consultas médicas</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	0% de coseguro  0% de coseguro	\$0 de copago  20% de coseguro
<b>Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, pruebas de detección de diabetes)</b>	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 de copago	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	0% de coseguro	20% de coseguro Hasta un máximo de \$55 por consulta

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
		El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b>  Pruebas y procedimientos de diagnóstico  Servicios radiológicos de diagnóstico (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan])  Servicios de laboratorio  Radiografías para pacientes externos  Radiología terapéutica	0% de coseguro <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i>  0% de coseguro <i>No se requiere autorización para los ultrasonidos.</i>  0% de copago <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio realizados en cualquier centro. Se requiere autorización para pruebas genéticas solamente.</i>  0% de coseguro <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería, en el consultorio del médico o en un hospital.</i>  0% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>	20% de coseguro <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i>  20% de coseguro <i>No se requiere autorización para los ultrasonidos.</i>  \$0 de copago <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio realizados en cualquier centro. 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 enfermería, en el consultorio del médico o en un hospital.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios auditivos</b>  Evaluación auditiva  <i>Beneficios complementarios</i> Examen auditivo de rutina	0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare  \$0 de copago	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare  \$0 de copago

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<p>Prueba(s) para el ajuste de audífonos</p> <p><b>Audífonos</b></p>	<p>Se limita a 1 consulta cada año</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Hasta \$2,550 de crédito cada año para audífonos para ambos oídos combinados.</p>	<p>Se limita a 1 consulta(s) cada año</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Hasta \$2,550 de crédito cada año para audífonos para ambos oídos combinados.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p>Servicios preventivos e integrales</p>	<p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare <i>Se requiere autorización previa solo para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i></p> <p>1 examen (exámenes) oral(es); 1 limpieza(s); 1 tratamiento con fluoruro cada seis meses. Las limitaciones de radiografías dentales están incluidas en la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>\$4,200 cada año por el uso para acceder a servicios dentales preventivos e integrales combinados complementarios (servicios no cubiertos por Medicare y/o Medicaid). Todos los servicios deben ser proporcionados por <b>Liberty Dental.</b></p> <p>Nuestro plan está asociado con Liberty Dental para proporcionarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor dentro de la red o para revisar las Pautas clínicas del plan de Liberty Dental,</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare <i>Se requiere autorización previa solo para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i></p> <p>1 examen (exámenes) oral(es); 1 limpieza(s); 1 tratamiento con fluoruro cada seis meses. Las limitaciones de radiografías dentales están incluidas en la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>\$4,200 cada año por el uso para acceder a servicios dentales preventivos e integrales combinados complementarios (servicios no cubiertos por Medicare y/o Medicaid). Todos los servicios deben ser proporcionados por <b>Liberty Dental.</b></p> <p>Nuestro plan está asociado con Liberty Dental para proporcionarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor dentro de la red o para revisar las Pautas clínicas del plan de Liberty Dental,</p>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
	<p>puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-544-1942 o buscar en línea el directorio de proveedores de Liberty Dental en <a href="http://libertydentalplan.com/pruithhealthpremier">libertydentalplan.com/pruithhealthpremier</a>. Si usted elige recibir atención de un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Es posible encontrar Limitaciones y exclusiones adicionales en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-544-1942 o buscar en línea el directorio de proveedores de Liberty Dental en <a href="http://libertydentalplan.com/pruithhealthpremier">libertydentalplan.com/pruithhealthpremier</a>. Si usted elige recibir atención de un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Es posible encontrar Limitaciones y exclusiones adicionales en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<p><b>Atención de la vista</b></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>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago</p> <p>0% de coseguro 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>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</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>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes de contacto</li> <li>○ Lentes para anteojos</li> <li>○ Marcos para anteojos</li> <li>○ Anteojos (lentes y marcos)</li> <li>○ Actualizaciones</li> </ul>	<p>Hasta \$500 de crédito combinado cada año.</p> <p>Los miembros pueden pagar por anteojos o lentes de contacto utilizando su tarjeta flex precargada.</p>	<p>Hasta \$500 de crédito combinado cada año</p> <p>Los miembros pueden pagar por anteojos o lentes de contacto utilizando su tarjeta flex precargada.</p>
<p><b>Servicios de atención de la salud mental</b></p> <p>Consultas como paciente hospitalizado</p> <p>Consulta de terapia grupal como paciente externo</p>	<p>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>0% de coseguro</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. El plan proporcionará las cuotas actualizadas en <a href="https://www.PruittHealthPremier.com">PruittHealthPremier.com</a> tan pronto como Medicare las dé a conocer.</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>



	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
Consulta de terapia individual como paciente externo	0% de coseguro	20% de coseguro
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Usted paga \$0 de copago por estadías en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Usted paga \$0 o por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. El plan proporcionará las tasas actualizadas en <a href="https://www.pruitthealth.com">PruittHealthPremier.com</a> tan pronto como Medicare las dé a conocer. \$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. \$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. <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Fisioterapia</b>	0% de coseguro <i>No se requiere autorización cuando los servicios se prestan en un centro de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i>	20% de coseguro <i>No se requiere autorización previa cuando el servicio se brinda en centros de enfermería especializada de PruittHealth.</i>
<b>Servicios de ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	0% de coseguro	20% de coseguro
Ambulancia aérea	0% de coseguro	20% de coseguro

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Servicios de transporte (que no sea de emergencia)</b>	\$0 de copago Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 64 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	\$0 de copago Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 64 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos para quimioterapia y radiación  Otros medicamentos de la Parte B	0 - 20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i>  0 - 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>	0 - 20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i>  0 - 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costo compartido estándar para minoristas (dentro de la red) (para un suministro de hasta 30 días)</b>	<b>Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (para un suministro de hasta 31 días)</b>
<b>Deducible</b>	\$545 por todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
<b>Costo compartido para medicamentos cubiertos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)		
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido estándar para minoristas (dentro de la red) (para un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (para un suministro de hasta 31 días)
<b>Periodo sin cobertura</b>	Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$5,030, usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del periodo sin cobertura.	
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen \$8,000, usted no pagará nada.	

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (minoristas, 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 de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 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 para 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

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</p> <p>Atención quiropráctica de rutina</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro Sin límite de consultas cada año</p>	<p>20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro Sin límite de consultas cada año</p>
<p><b>Suministros para controlar la diabetes</b></p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p><b>Programa de acondicionamiento físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ejercitación de la memoria</b></li> <li>• <b>Acondicionamiento físico</b></li> <li>• <b>Membresía en un gimnasio</b></li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros recibirán una suscripción anual a BrainHQ. BrainHQ es un programa en línea de ejercitación de la memoria basado en evidencia y que incluye decenas de ejercicios que, según varios estudios, han demostrado ayudar a que las personas piensen más rápido, se concentren mejor y recuerden más cosas.</p> <p>Los miembros recibirán una suscripción anual a un programa en línea de acondicionamiento físico que incluye clases bajo pedido, programas de ejercicio y de estiramiento.</p> <p>Los miembros también tendrán la opción de comprar una membresía en un gimnasio por medio de la tarjeta Flex Card.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros recibirán una suscripción anual a BrainHQ. BrainHQ es un programa en línea de ejercitación de la memoria basado en evidencia y que incluye decenas de ejercicios que, según varios estudios, han demostrado ayudar a que las personas piensen más rápido, se concentren mejor y recuerden más cosas.</p> <p>Los miembros recibirán una suscripción anual a un programa en línea de acondicionamiento físico que incluye clases bajo pedido, programas de ejercicio y de estiramiento.</p> <p>Los miembros también tendrán la opción de comprar una membresía en un gimnasio por medio de la tarjeta Flex Card.</p>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
	Consulte la fila de la tarjeta Flex Card que está a continuación.	Consulte la fila de la tarjeta Flex Card que está a continuación.
<p><b>Tarjeta Flex Card</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento físico</li> <li>• Servicios públicos</li> <li>• Abarrotes</li> <li>• Artículos de venta libre (OTC)</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros reciben \$200 mensuales en una tarjeta Flex Card. La tarjeta de débito está prepagada por el plan para pagar artículos cubiertos para acondicionamiento físico, servicios públicos*, abarrotes* y artículos de venta libre (OTC).</p> <p>Los créditos no se transfieren al mes siguiente ni al año siguiente.</p> <p>Los miembros pueden tener acceso a sus fondos de \$500 para anteojos o lentes de contacto utilizando la misma tarjeta precargada Flex Card.</p> <p>*Ciertos beneficios (abarrotes y servicios públicos) están disponibles solo para miembros que tienen ciertas afecciones crónicas. Consulte la siguiente lista de afecciones para saber si cumple con los requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia crónica del alcohol y otras drogas</li> <li>• Trastornos autoinmunes</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros reciben \$200 mensuales en una tarjeta Flex Card. La tarjeta de débito está prepagada por el plan para pagar artículos cubiertos para acondicionamiento físico, servicios públicos*, abarrotes* y artículos de venta libre (OTC).</p> <p>Los créditos no se transfieren al mes siguiente ni al año siguiente.</p> <p>Los miembros pueden tener acceso a sus fondos de \$500 para anteojos o lentes de contacto utilizando la misma tarjeta precargada Flex Card.</p> <p>*Ciertos beneficios (abarrotes y servicios públicos) están disponibles solo para miembros que tienen ciertas afecciones crónicas. Consulte la fila de Tarjeta para adquirir abarrotes para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia crónica del alcohol y otras drogas</li> <li>• Trastornos autoinmunes</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> </ul>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad hepática terminal</li> <li>• Enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos</li> <li>• Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Osteoartritis</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hiperlipidemia</li> <li>• Discapacidades intelectuales crónicas</li> <li>• Malnutrición crónica que incluye retraso en el desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad hepática terminal</li> <li>• Enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos</li> <li>• Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Osteoartritis</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hiperlipidemia</li> <li>• Discapacidades intelectuales crónicas</li> <li>• Malnutrición crónica que incluye retraso en el desarrollo</li> </ul>
<b>Beneficios de comidas</b>	<p>\$0 de copago  Límite de 2 comidas diarias durante 14 días 4 veces por año calendario después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).</p>	<p>\$0 de copago  Límite de 2 comidas diarias durante 14 días 4 veces por año calendario después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).</p>
<b>Terapia ocupacional</b>	<p>0% de coseguro  <i>No se requiere autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i></p>	<p>20% de coseguro  <i>No se requiere autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i></p>

	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)</b>
<b>Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	\$0 de copago Un botón Life Alert (proporcionado por Lifeline) está disponible para todos los miembros al momento de la inscripción.	\$0 de copago Un botón Life Alert (proporcionado por Lifeline) está disponible para todos los miembros al momento de la inscripción.
<b>Servicios de podiatría (Cuidado del pie)</b> Examen y tratamiento del pie  <i>Beneficio complementario</i> <b>Atención adicional de rutina para los pies</b>	0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.  \$0 de copago Se limita a 6 consulta(s) cada año	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare  \$0 de copago Limitado a 6 consulta(s) cada año.
<b>Monitoreo remoto de pacientes</b>	\$0 de copago  Los miembros tendrán acceso a dispositivos de supervisión remota de pacientes, como pulsera para medir la presión arterial, básculas, glucómetros, oxímetro de pulso y termómetros, según convenga. Los servicios incluirán la respuesta de alerta y el apoyo de enfermeros(as) gestores(as) de casos para facilitar el manejo receptivo de los síntomas.	\$0 de copago  Los miembros tendrán acceso a dispositivos de supervisión remota de pacientes, como pulsera para medir la presión arterial, básculas, glucómetros, oxímetro de pulso y termómetros, según convenga. Los servicios incluirán la respuesta de alerta y el apoyo de enfermeros(as) gestores(as) de casos para facilitar el manejo receptivo de los síntomas.
<b>Terapia del lenguaje</b>	0% de coseguro <i>No se requiere autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería especializada de PruittHealth.</i>	20% de coseguro <i>No se requiere autorización cuando el servicio se brinda en 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 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 tanto Medicare como Medicaid.

Para inscribirse en el plan, debe tener derecho a 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 pague de su bolsillo con PruittHealth Premier podrían estar cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre su nivel de Medicaid y sobre los beneficios a los que tiene derecho, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health) de Georgia al: 1-404-656-4507.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare plus (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 recibir beneficios totales de Medicaid. Medicaid paga solo las primas de la Parte A y de la Parte B, los deducibles, el coseguro y los montos de copago.
- **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 con beneficios totales (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede proporcionar ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios totales de Medicaid.

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



Nivel de elegibilidad	QMB+	QMB	QI	SLMB+	SLMB	FBDE
Deducibles, copagos, coseguro de Medicare	X	X				
Beneficios totales de Medicaid	X			X		X

### Protecciones de costos compartidos a las que tiene derecho una persona en virtud del Título XIX (Medicaid)

PruittHealth Premier tiene prohibido imponer requisitos de costos compartidos que superen los montos permitidos en virtud del plan estatal de Medicaid a las personas inscritas que tienen elegibilidad doble si dicha persona no estuviera inscrita en PruittHealth Premier DSNP.

Los contratos de PruittHealth Premier con proveedores de la red incluyen lenguaje que garantiza que los proveedores acepten la lista de precios de Medicare además de los costos compartidos de la persona inscrita como pago total. En PruittHealth Premier, los proveedores solo pueden cobrar los costos compartidos de la persona inscrita según lo establece el plan de salud y en conformidad 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 la agencia de Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, Medicaid puede brindar la 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 DSNP) 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 los 21 años de edad.
Atención adicional para los pies	Con cobertura	Con cobertura

<b>Beneficio</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO DSNP)</b>	<b>Medicaid</b>
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 hasta los 21 años de edad.
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
Atención de los pies	Con cobertura	Con cobertura
Servicios auditivos	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
Artículos de venta libre	Con cobertura	Sin cobertura
Atención médica preventiva	Con cobertura	Con cobertura

<b>Beneficio</b>	<b>PruittHealth Premier D-SNP (HMO DSNP)</b>	<b>Medicaid</b>
Dispositivos protésicos	Con cobertura	Con cobertura
Diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Centro de atención de enfermería especializada	Con cobertura	Con cobertura
Servicio de transporte (que no es de emergencia)	Con cobertura	Con cobertura
Atención de urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de la vista	Con cobertura	Con cobertura

La siguiente lista enumera las exenciones de beneficios para servicios a domicilio y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) a través de Medicaid de Georgia. El nivel de Medicaid que tenga determina si los recibe o no:

- Primas, deducibles y coseguro de Medicare
- Servicio de transporte que no es de emergencia (ida y vuelta a consultas médicas)
- Acceso médico las 24 horas
- Servicios de enfermería especializada
- Atención médica diurna para adultos/centro de día para adultos
- Servicios de vida alternativa/servicios de vida asistida (no incluyen costos de alojamiento y comidas)
- Sistema de respuesta a emergencias personales
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios brindados en el hogar
- Servicios de apoyo personal: limpieza del hogar, compras, lavandería, ayuda con actividades de la vida cotidiana, como alimentarse, vestirse, desplazarse de un lugar a otro, etc.
- Atención de relevo, dentro y fuera del hogar

Descripción de beneficios y protecciones de costos compartidos que tienen cobertura a través de D-SNP

Arriba se resumen los beneficios proporcionados por PruittHealth Premier D-SNP. La *Evidencia de cobertura* en [www.Pruitthealthpremier.com](http://www.Pruitthealthpremier.com) incluye una lista completa de los beneficios.

PruittHealth Premier tiene un contrato con Medicaid de Georgia para coordinar los servicios de Medicare y Medicaid de usted. Medicaid de Georgia le seguirá proporcionando sus servicios de Medicaid, pero PruittHealth Premier D-SNP asistirá en garantizar que todos los servicios de atención médica funcionen conjuntamente.

PruittHealth Premier D-SNP garantiza que los miembros sigan teniendo todas las protecciones de costos compartidos a través de Medicare y Medicaid.

# Lista de verificación de preinscripción

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda en su totalidad nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-855-855-0668 (TTY 711) y hablar con un representante de servicio al cliente.

## Comprender los beneficios

- La evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [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 consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no figuran 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 recetado esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Comprender las reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.
- Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para afiliados a D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su aptitud para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

# Lista de verificación de preinscripción

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

PruittHealth Premier es una HMO D-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en PruittHealth Premier depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de PruittHealth Premier, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

PruittHealth Premier cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 대해 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 لإجابة 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 योजनाके बारे में आपके ककसी भी प्रश्नके जवाब देनेके किए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करनेके किए, बस हमें 1-855-855-0668 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-855-0668. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** 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。