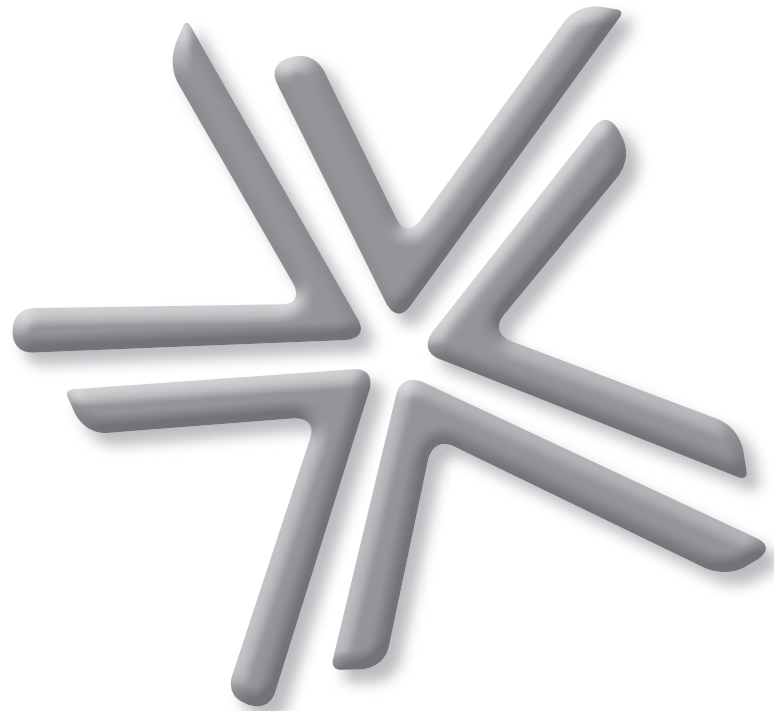


TexanPlus[®] HMO

Medicare Advantage Health Plans



Resumen de beneficios para 2012

Del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012,
Southeast Texas

UNIVERSAL
AMERICAN

A Healthy Collaboration[®]

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Agradecemos su interés en TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO). Nuestros planes son ofrecidos por SELECTCARE OF TEXAS, L.L.C./Universal American, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage. Este Resumen de beneficios indica algunas características de nuestros planes. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los beneficios, llame a TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) y pida la "Evidencia de Cobertura".

Tiene opciones en el cuidado de su salud

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el plan Original Medicare (cargo por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO). Es posible que también tenga otras opciones. Usted elige. No importa lo que decida, seguirá estando en el programa Medicare.

Puede inscribirse en un plan o darse de baja sólo en momentos determinados. Llame a TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) al teléfono que se encuentra al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al

1-877-486-2048. Puede llamar a este teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Puede comparar los planes TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) y el plan Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Los cuadros de este folleto enumeran algunos beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos más beneficios, los cuales pueden variar de año a año.

¿Dónde están disponibles los planes TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO)?

El área de servicio de estos planes incluye: Los condados de Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592), Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange y Waller, TX. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

Hay más de un plan enumerado en este Resumen de beneficios. Si está inscrito en un plan y desea cambiar a otro, puede hacerlo sólo durante determinados

momentos del año. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

¿Quiénes son elegibles para inscribirse en TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO)?

Puede inscribirse en TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicios. Sin embargo, las personas con enfermedad renal en etapa terminal, por lo general, no son elegibles para inscribirse en TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzaron la diálisis.

¿Puedo elegir a mis médicos?

TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) han formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Solamente puede consultar a los médicos que son parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede pedir un directorio de proveedores actualizado. Para obtener una lista actualizada, visite

www.TexanPlus.com. El teléfono de nuestro Servicio de Atención al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿Qué sucede si voy a un médico que no está en la red?

Si elige ir a un médico fuera de nuestra red, debe pagar sus servicios, excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, en emergencias). Ni el plan ni el plan Original Medicare pagarán por estos servicios.

¿Dónde puedo obtener medicamentos recetados si me inscribo en estos planes?

TexanPlus Classic (HMO) y TexanPlus Select (HMO) han formado una red de farmacias. Debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Posiblemente no paguemos los medicamentos recetados si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en www.TexanPlus.com. El teléfono de nuestro Servicio de Atención al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿Mi plan cubre los medicamentos de la Parte B o la Parte D de Medicare?

TexanPlus Classic (HMO) y TexanPlus Select (HMO) cubren los medicamentos recetados de la Parte B y de la Parte D de Medicare. TexanPlus Value (HMO) cubre los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. TexanPlus Value (HMO) NO cubre los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?

TexanPlus Classic (HMO) y TexanPlus Select (HMO) utilizan un formulario. Un

formulario es una lista de medicamentos que están cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Periódicamente, podemos agregar, quitar o hacer cambios a las limitaciones de cobertura en ciertos medicamentos o cambiar el monto que paga por un medicamento. Si hacemos cualquier cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros miembros de surtir sus recetas, notificaremos a los inscritos afectados antes de hacer el cambio. Le enviaremos un formulario y además, puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web, www.TexanPlus.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo que se encuentre en nuestro formulario, con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo obtener ayuda adicional con los costos de mi plan de medicamentos recetados o con otros costos de Medicare?

Es posible que pueda obtener ayuda adicional para pagar las primas de sus medicamentos recetados y costos, como también conseguir ayuda con otros costos de Medicare. Para averiguar si califica para obtener ayuda adicional, llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y ver “Programas for People with Limited Income and Resources” (Programas para personas con ingresos y recursos limitados) en la publicación Medicare & You (Medicare y usted) en el sitio www.medicare.gov.

* La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o

* La oficina de Medicaid de su estado.

¿Cuáles son las protecciones que me ofrecen estos planes?

Todos los planes Medicare Advantage acuerdan permanecer en el programa durante todo un año calendario por vez. Los beneficios y la participación en los costos del plan pueden cambiar de un año calendario a otro. Todos los años, los planes pueden decidir si seguirán participando o no en Medicare Advantage. Un plan puede continuar en su área completa de servicios (área geográfica donde el plan acepta miembros) o decidir continuar solamente en ciertas áreas. Además, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan. Aunque su plan Medicare Advantage se retire del programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar por otro año calendario, le debe enviar a usted una carta por lo menos 90 días antes de que termine su cobertura. En la carta se le explicarán sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO), tiene derecho a solicitar una determinación de organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si denegamos la cobertura para un artículo o servicio y el derecho de presentar una queja formal. Tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que proveamos o paguemos un artículo o servicio que considera que debería estar cubierto. Si le denegamos la cobertura para el artículo o servicio solicitado, tiene derecho a apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación de cobertura expedita (rápida) o apelar si cree que esperar una decisión podría poner en grave riesgo su vida o su salud, o podría afectar su capacidad de recuperar su funcionalidad máxima. Si su médico realiza o respalda la solicitud expedita, debemos apresurar nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentarnos una queja por agravios si tiene algún tipo de problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red que no involucre la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema involucra la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar una queja por agravios ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

Como miembro de TexanPlus Classic (HMO) y TexanPlus Select (HMO), tiene derecho a solicitar una determinación

de cobertura, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si le denegamos cobertura para un medicamento recetado y el derecho de presentar una queja formal. Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si quiere que cubramos un medicamento de la Parte D que considera que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o cree que debe obtener un medicamento no preferido a un menor costo de bolsillo. También puede solicitar una excepción a las reglas de utilización de costos, como por ejemplo un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar adquirir el medicamento recetado en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le denegamos la cobertura para uno o más medicamentos recetados, tiene derecho a apelar y solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentar una queja por agravios si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red que no involucre la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema involucra la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar una queja por agravios ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado.

Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

¿Qué es un Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM)?

Un Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Posiblemente se le invite a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacia. Puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche este servicio cubierto si usted es seleccionado. Comuníquese con TexanPlus Classic (HMO) y TexanPlus Select (HMO) para obtener más detalles.

¿Qué tipos de medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare?

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO) para obtener más detalles.

- Algunos antígenos: si los prepara un médico y los administra una persona instruida en forma adecuada (que puede ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos para la osteoporosis: los medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.

- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): administrada mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para la hemofilia:
- factores de coagulación autoadministrados, si tiene hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados que son relativos al servicio del médico.
- Medicamentos inmunosupresores: la terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes si Medicare pagó el

trasplante o si lo pagó una compañía privada de seguros como pagador principal de su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.

- Algunos medicamentos orales para el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en formulación inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: si tiene que seguir un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos para inhalación e infusión administrados mediante equipo médico duradero (durable medical equipment, DME).

¿Dónde puedo encontrar información sobre las calificaciones del plan?

El programa Medicare califica el desempeño de los planes en diferentes

categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones por parte de los pacientes y el servicio de atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas de Internet en www.medicare.gov y seleccionar “Health and Drug Plans” (Planes de salud y medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de salud y medicamentos), para comparar las calificaciones del plan para los planes de Medicare en su zona. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones para estos planes. El número de nuestro Servicio de Atención al Cliente aparece más abajo.

Llame a Universal American para obtener más información sobre TexanPlus Classic (HMO), TexanPlus Select (HMO) y TexanPlus Value (HMO).

Visítenos en www.TexanPlus.com o llámenos:

Horario del Servicio de Atención al Cliente: domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora del Centro

Los miembros actuales deben llamar al teléfono gratuito

(866) 230-2513 en caso de tener preguntas relacionadas con los programas de medicamentos recetados de Medicare Advantage y de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800) 958-2692)

Los posibles futuros miembros deben llamar al teléfono gratuito

(866) 556-4607 en caso de tener preguntas relacionadas con los programas de medicamentos recetados de Medicare Advantage y de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800) 975-8089)

Los miembros actuales deben llamar al teléfono local

(866) 230-2513 en caso de tener preguntas relacionadas con los programas de medicamentos recetados de Medicare Advantage y de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800) 958-2692)

Los posibles futuros miembros deben llamar al teléfono local

(866) 556-4607 en caso de tener preguntas relacionadas con los programas de medicamentos recetados de Medicare Advantage y de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800) 975-8089)

Para obtener más información sobre Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite www.medicare.gov en Internet.

This document may be available in other formats such as Braille, large print or other alternate formats. This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o otros formatos alternativos. Este documento puede ser disponible en un idioma no inglés. Para obtener más información, llame al servicio al cliente en el número de teléfono que aparece arriba.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de estos planes, comuníquese con Universal American para obtener detalles.

Sección II: Resumen de beneficios

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|---|---|--|
| INFORMACIÓN IMPORTANTE | | | | |
| <p>1 - Prima y otra información importante</p> | <p>En 2011, la prima mensual de la Parte B fue de \$96.40 y puede cambiar para 2012 y el monto deducible anual de la Parte B fue de \$162 y puede cambiar para 2012.</p> <p>Si un médico o un proveedor no aceptan la asignación, sus costos suelen ser superiores, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B en basadas en los ingresos, comuníquese a Medicare al</p> | <p>General</p> <p>Prima mensual del plan de \$0, además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y la Parte D basadas en los ingresos, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> | <p>General</p> <p>Prima mensual del plan de \$0, además de su prima mensual de la Parte B de Medicare. La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y la Parte D basadas en los ingresos, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.</p> | <p>General</p> <p>Prima mensual del plan de \$0, además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|--|--|--|
| | <p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> | <p>También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Límite de desembolso de bolsillo de \$3,000 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> | <p>Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Universal American reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta en \$35.90.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Límite de desembolso de bolsillo de \$3,400 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> | <p>Universal American reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta en \$53.40.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Límite de desembolso de bolsillo de \$3,000 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>2 – Elección del médico y del hospital (Para obtener más información, consulte el ítem n.º 15, Atención de emergencia, y el ítem n.º 16, Atención de urgencia).</p> | <p>Puede recurrir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|---|---|--|
| RESUMEN DE BENEFICIOS ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS | | | | |
| <p>3 - Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye servicios de rehabilitación y de atención por abuso de sustancias)</p> | <p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 60 días: deducible de \$1,132 - De 61 a 90 días: \$283 por día - De 91 a 150 días: \$566 por día de reserva vitalicia <p>Estos montos pueden cambiar para 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre los días de reserva vitalicia.</p> <p>Los días de reserva vitalicia sólo pueden utilizarse una vez.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día en que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando transcurren 60 días seguidos sin que reciba atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>La cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización es ilimitada.</p> <p>Copago de \$305 por cada hospitalización cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>La cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización es ilimitada.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 5 días: Copago de \$300 por día - De 6 a 90 días: copago de \$0 por día - Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>La cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización es ilimitada.</p> <p>Copago de \$300 para cada hospitalización cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|---|--|--|--|
| | Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada. | | | |
| 4 - Atención de la salud mental para pacientes internados | <p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 60 días: deducible de \$1132 - De 61 a 90 días: \$283 por día - De 91 a 150 días: \$566 por día de reserva vitalicia <p>Estos montos pueden cambiar para 2012.</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico, de por vida, para pacientes internados.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico, de por vida, para pacientes internados. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados cuentan para el límite vitalicio de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados que se prestan en un hospital general.</p> <p>Copago de \$305 para cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico, de por vida, para pacientes internados. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados cuentan para el límite vitalicio de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados que se prestan en un hospital general.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico, de por vida, para pacientes internados. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados cuentan para el límite vitalicio de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados que se prestan en un hospital general.</p> <p>Copago de \$300 para cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|--|--|--|--|
| | Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados cuentan para el límite vitalicio de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados que se prestan en un hospital general. | Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital. | <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 5 días: Copago de \$300 por día - De 6 a 90 días: copago de \$0 por día Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital. | Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital. |
| 5 - Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare) | En 2011, los montos para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta de, al menos, 3 días fueron: <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 20 días: \$0 por día - De 21 a 100 días: \$141.50 por día Estos montos pueden cambiar para 2012. 100 días para cada período de beneficios. Un "período de beneficios" comienza el día en que ingresa en un hospital o un SNF. Finaliza cuando transcurren 60 días seguidos sin que reciba atención hospitalaria o de enfermería especializada. | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios No se requiere ninguna hospitalización previa. Para internaciones en un SNF: <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 20 días: copago de \$0 por día - De 21 a 100 días: Copago de \$100 por día | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios No se requiere ninguna hospitalización previa. Para internaciones en un SNF: <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 20 días: copago de \$0 por día - De 21 a 100 días: Copago de \$100 por día | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios No se requiere ninguna hospitalización previa. Para internaciones en un SNF: <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 20 días: copago de \$0 por día - De 21 a 100 días: Copago de \$100 por día |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|--|--|--|
| | Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada. | | | |
| 6 - Atención médica domiciliaria (incluye atención intermitente y médicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de asistente de salud a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.) | Copago de \$0. | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red El 20% del costo para cada visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare |
| 7 - Centro de cuidados paliativos | Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y la atención de relevo como paciente internado. Debe obtener atención por parte de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. | General Debe obtener atención por parte de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan cubrirá una visita de consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos. | General Debe obtener atención por parte de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan cubrirá una visita de consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos. | General Debe obtener atención por parte de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan cubrirá una visita de consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos. |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|--|--|---|--|
| ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS | | | | |
| 8 – Visitas al consultorio médico | Coseguro del 20% | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$25 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y en el área. Copago de \$20 por cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$20 para cada visita al médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$35 para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y en el área. Copago de \$45 para cada visita al especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$25 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y en el área. Copago de \$20 por cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> |
| 9 – Servicios quiroprácticos | La atención complementaria de rutina no está cubierta Coseguro del 20% para la manipulación manual de la columna a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados. | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El 50% del costo para cada visita cubierta por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 50% del costo para cada visita cubierta por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 50% del costo para cada visita cubierta por Medicare.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|---|--|--|--|
| | | Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados. | Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados. | Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados. |
| 10 – Servicios de podología | La atención complementaria de rutina no está cubierta. Coseguro del 20% para cuidados del pie médicamente necesarios, incluida la atención de afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$25 por cada visita cubierta por Medicare Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$45 por cada visita cubierta por Medicare Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$25 por cada visita cubierta por Medicare Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p> |
| 11 - Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios | Coseguro del 40% para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--|--|---|--|
| | <p>Copago especificado para los servicios del programa de hospitalización parcial ambulatoria prestados por un hospital o un centro de salud mental comunitario (community mental health center, CMHC). El copago no puede superar el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A.</p> <p>El “programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo ambulatorio que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$35 para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$25 para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Dentro de la red</p> <p>40% del costo para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>40% del costo para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare</p> <p>40% del costo para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>40% del costo para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$300 para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$35 para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$25 para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|---|---|---|
| 12 – Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios | Coseguro del 20% | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$35 para las visitas individuales cubiertas por Medicare Copago de \$20 para las visitas grupales cubiertas por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 40% del costo para visitas individuales cubiertas por Medicare 40% del costo para visitas grupales cubiertas por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$35 para las visitas individuales cubiertas por Medicare Copago de \$20 para las visitas grupales cubiertas por Medicare</p> |
| 13 - Cirugía/servicios para pacientes ambulatorios | Coseguro del 20% para los servicios del médico Copago especificado para servicios de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. El copago no puede superar el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A. Coseguro del 20% para servicios de centros de cirugía ambulatoria. | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$50 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. Copago de \$150 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$145 para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare Copago de \$245 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$50 para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. Copago de \$150 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> |
| 14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios) | Coseguro del 20% | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$50 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$150 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$50 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|---|--|--|--|
| <p>15 – Atención de emergencia</p> <p>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, razonablemente, que necesita atención de emergencia).</p> | <p>Coseguro del 20% para los servicios del médico</p> <p>Copago especificado para servicios de emergencia de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>El copago de los servicios de emergencia no puede exceder el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A para cada servicio proporcionado por el hospital.</p> <p>No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si ingresa en un hospital como paciente internado por la misma afección en el plazo de los 3 días posteriores a la visita a la sala de emergencias.</p> <p>No está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$65 para las visitas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare</p> <p>No está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$65 para las visitas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare</p> <p>No está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$65 para las visitas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare</p> <p>No está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|--|--|--|
| <p>16 – Atención de urgencia</p> <p>(Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, tiene lugar fuera del área de servicio).</p> | <p>Coseguro del 20% o un copago fijo</p> <p>NO cubierta fuera de los EE. UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$25 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita de atención de urgencia.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$35 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita de atención de urgencia.</p> | <p>General</p> <p>Copago de \$25 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare</p> <p>Si ingresa en un hospital en el plazo de las 24 horas posteriores por la misma afección, paga \$0 por la visita de atención de urgencia.</p> |
| <p>17 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>(Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)</p> | <p>Coseguro del 20%</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Puede haber límites en los servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje. De ser así, puede haber excepciones a estos límites.</p> <p>Copago de \$10 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$10 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Puede haber límites en los servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje. De ser así, puede haber excepciones a estos límites.</p> <p>Copago de \$35 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$35 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Puede haber límites en los servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje. De ser así, puede haber excepciones a estos límites.</p> <p>Copago de \$10 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$10 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|---|---|---|---|
| SUMINISTROS Y SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS | | | | |
| 18 – Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.) | Coseguro del 20% | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare |
| 19 - Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, prótesis oculares y ortopédicas, etc.) | Coseguro del 20% | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare |
| 20 - Programas y suministros para la diabetes | Coseguro del 20% para capacitación de autocontrol de la diabetes Coseguro del 20% para suministros para la diabetes Coseguro del 20% para calzado terapéutico e insertos para la diabetes | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes 0% al 20% del costo para suministros de control de la diabetes 20% del costo para calzado terapéutico o insertos | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes 0% al 20% del costo para suministros de control de la diabetes 20% del costo para calzado terapéutico o insertos | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes 0% al 20% del costo para suministros de control de la diabetes 20% del costo para calzado terapéutico o insertos |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|---|--|--|---|
| | | Si el médico le brinda servicios además de capacitación de autocontrol de la diabetes, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20 | Si el médico le brinda servicios además de capacitación de autocontrol de la diabetes, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$20 a \$45 | Si el médico le brinda servicios además de capacitación de autocontrol de la diabetes, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20 |
| 21 - Pruebas, radiografías, servicios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico | Coseguro del 20% para pruebas y radiografías de diagnóstico Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico medicamento necesarios que sean solicitados por el médico tratante y sean prestados por un laboratorio certificado por las Enmiendas para la mejora de los laboratorios clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una supuesta enfermedad o afección. | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 a \$25 para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare Copago de \$0 a \$300 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías) Copago de \$0 a \$50 o del 0% al 20% del costo para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare: – servicios de laboratorio – procedimientos y exámenes de diagnóstico 20% del costo para radiografías cubiertas por Medicare 20% del costo para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías) 20% del costo para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare | General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 a \$25 para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare Copago de \$0 a \$300 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías) Copago de \$0 a \$50 o del 0% al 20% del costo de los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|---|--|--|--|
| | <p>Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de control de rutina complementarias, como el control del colesterol. Coseguro del 20% para el examen por tacto rectal y otros servicios relacionados. Se cubre una vez al año para todos los hombres con Medicare que tengan más de 50 años.</p> | <p>Si el médico le brinda servicios además de los servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20</p> <p>Si el médico le brinda servicios además de los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20</p> | <p>Si el médico le brinda servicios además de los servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$20 a \$45</p> | <p>Si el médico le brinda servicios además de los servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20</p> <p>Si el médico le brinda servicios además de los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios, podría aplicarse una participación en los costos separada de \$0 a \$20</p> |
| <p>22 - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</p> | <p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p>Se aplica a los servicios del programa brindados en un consultorio médico.</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$25 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$25 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$35 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p> | <p>General</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$25 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$25 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|--|--|--|--|
| | Participación en los costos especificada para los servicios del programa brindados por los departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios. | Copago de \$25 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare | Copago de \$35 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare | Copago de \$25 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare |
| SERVICIOS PREVENTIVOS | | | | |
| 23 - Servicios preventivos y programas de bienestar/educación | Sin coseguro, copago o deducible para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea. Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si reúne determinados requisitos médicos. - Examen de detección cardiovascular - Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical. - Se cubre una vez cada 2 años. Se cubre una vez al año para mujeres con Medicare que están en alto riesgo. - Examen de detección de cáncer colorrectal | General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin participación en los costos: <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea - Examen de detección cardiovascular - Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Examen de detección de cáncer colorrectal - Examen de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B | General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin participación en los costos: <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea - Examen de detección cardiovascular - Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Examen de detección de cáncer colorrectal - Examen de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe | General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin participación en los costos: <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea - Examen de detección cardiovascular - Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Examen de detección de cáncer colorrectal - Examen de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra hepatitis B para personas con Medicare que están en riesgo - Examen de detección del VIH. Copago de \$0 para el examen de detección del VIH, pero generalmente usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para la visita al médico. El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. | <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección del VIH - Examen de detección de cáncer de mamas (mamo grafías) - Servicios de terapia de nutrición médica - Servicios del plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Examen de detección de cáncer de próstata (solamente el examen para la detección de antígenos prostáticos específicos [PSA]) - Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) - Examen físico de bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial) <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la hepatitis B - Examen de detección del VIH - Examen de detección de cáncer de mamas (mamo grafías) - Servicios de terapia de nutrición médica - Servicios del plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Examen de detección de cáncer de próstata (solamente el examen para la detección de antígenos prostáticos específicos [PSA]) - Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) - Examen físico de bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial) | <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la hepatitis B - Examen de detección del VIH - Examen de detección de cáncer de mamas (mamo grafías) - Servicios de terapia de nutrición médica - Servicios del plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Examen de detección de cáncer de próstata (solamente el examen para la detección de antígenos prostáticos específicos [PSA]) - Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) - Examen físico de bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial) |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Examen de detección de cáncer de mamas (mamo grafías). Medicare cubre las mamo grafías una vez cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años o más que tienen Medicare. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres de 35 a 39 años. - Servicios de terapia de nutrición médica. La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están recibiendo diálisis ni se han sometido a un trasplante de riñón) cuando sean derivadas por un médico. Estos servicios pueden ser provistos por un dietista matriculado y podrían incluir una evaluación nutricional y el asesoramiento para ayudarle a manejar la diabetes o la enfermedad renal. - Servicios del plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) | <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos - Membresía de club de salud/clases de gimnasia - Línea directa de enfermería | <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener detalles. Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar: Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membresía de club de salud/clases de gimnasia - Línea directa de enfermería | <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener detalles. Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar: Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membresía de club de salud/clases de gimnasia - Línea directa de enfermería |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Servicios del plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo. Es posible que sólo necesite recibir la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Llame a su médico para obtener más información. - Solamente el examen para la detección de antígenos prostáticos específicos (prostate specific antigen, PSA) del cáncer de próstata. Se cubre una vez al año para todos los hombres con Medicare que tengan más de 50 años. - Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). Se cubre si lo solicita el médico. Incluye dos intentos de asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. | | | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|---|--|---|---|---|
| | <p>- Examen físico de bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a lo siguiente: Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede hacerse un examen físico de bienvenida a Medicare u obtener una Visita anual de bienestar. Después de los primeros 12 meses, puede obtener una Visita anual de bienestar cada 12 meses.</p> | | | |
| <p>24 - Enfermedades y afecciones renales</p> | <p>Coseguro del 20% para diálisis renal Coseguro del 20% para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$30 para diálisis renal Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$30 para diálisis renal Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$30 para diálisis renal Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--|--|---|---|---|
| <p>25 – Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</p> | <p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare. Puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o un plan Medicare Cost que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p> | <p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare - General El 10% del costo de los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare - General Este plan utiliza un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario por Internet, en www.TexanPlus.com.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tengan ingresos limitados; – vivan en centros de cuidado a largo plazo; o – tengan acceso a los proveedores de servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service). | <p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare - General El 20% del costo para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare - General Este plan utiliza un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario por Internet, en www.TexanPlus.com.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tengan ingresos limitados; – vivan en centros de cuidado a largo plazo; o – tengan acceso a los proveedores de servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service). | <p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare - General La mayoría de los medicamentos no están cubiertos. El 10% del costo de los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare - General Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|
| | | <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted paga el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja). Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> | <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia).</p> <p>Esto significa que usted paga el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja). Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan. Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|
| | | <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de TexanPlus Classic (HMO) para determinados medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en www.Medicare.gov.</p> | <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de TexanPlus Select (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en www.Medicare.gov.</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|--|--|-----------------------|
| | | <p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos. Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y TexanPlus Classic (HMO) aprueba la excepción, usted pagará el Nivel 3: participación en los costos de medicamentos de marca no preferidos para dicho medicamento.</p> <p>Dentro de la red Deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Después de pagar el deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | <p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y TexanPlus Select (HMO) aprueba la excepción, usted pagará el Nivel 3: participación en los costos de medicamentos de marca no preferidos para dicho medicamento.</p> <p>Dentro de la red Deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Después de pagar el deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Copago de \$100 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca - Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Copago de \$200 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel | <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel Copago de \$100 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos - Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Copago de \$200 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|---|---|-----------------------|
| | | <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Farmacia de atención a largo plazo</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Farmacia de atención a largo plazo</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|--|--|-----------------------|
| | | <p>- Copago de \$0 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos preferidos de marca Copago de \$40 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca - Copago de \$80 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad - Coseguro del 33% por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Interrupción de cobertura adicional Usted paga lo siguiente: Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | <p>- Copago de \$0 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos preferidos de marca - Copago de \$40 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca - Copago de \$80 por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad Coseguro del 33% por el suministro para un mes (34 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Interrupción de cobertura adicional Usted paga lo siguiente: Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|--|--|-----------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca - Copago de \$40 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - Copago de \$100 por un suministro para tres meses (90 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel Farmacia de atención a largo plazo Nivel 1: medicamentos genéricos - Copago de \$0 por un suministro para un mes (34 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca | <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca - Copago de \$40 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - Copago de \$100 por un suministro para tres meses (90 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel Farmacia de atención a largo plazo Nivel 1: medicamentos genéricos - Copago de \$0 por el suministro para un mes (34 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel Nivel 2: medicamentos preferidos de marca | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|---|---|-----------------------|
| | | <p>- Copago de \$40 por un suministro para un mes (34 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los medicamentos que están cubiertos durante el período sin cobertura.</p> <p>Cuando los costos totales anuales de medicamentos llegan a \$2,930, usted recibe cobertura limitada del plan para determinados medicamentos. También recibe un descuento en los medicamentos de marca y, generalmente, no paga más del 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos de bolsillo anuales de medicamentos llegan a \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica Después de que los costos de bolsillo anuales de medicamentos lleguen a \$4,700, usted pagará el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> | <p>- Copago de \$40 por un suministro para un mes (34 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los medicamentos que están cubiertos durante el período sin cobertura.</p> <p>Cuando los costos totales anuales de medicamentos llegan a \$2,930, usted recibe cobertura limitada del plan para determinados medicamentos. También recibe un descuento en los medicamentos de marca y, generalmente, no paga más del 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos de bolsillo anuales de medicamentos llegan a \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica Después de que los costos de bolsillo anuales de medicamentos lleguen a \$4,700, usted pagará el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|--|---|-----------------------|
| | | <p>- Coseguro de 5%, o - Copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, como por ejemplo, ante una enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir un reembolso de TexanPlus Classic (HMO).</p> | <p>- Coseguro de 5%, o - Copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, como por ejemplo, ante una enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de TexanPlus Select (HMO).</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|---|---|-----------------------|
| | | <p>Cobertura inicial fuera de la red</p> <p>Después de que usted paga el deducible anual, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos los siguientes conceptos para los medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos preferidos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel | <p>Cobertura inicial fuera de la red</p> <p>Después de que usted paga el deducible anual, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos los siguientes conceptos para los medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-----------|-------------------|--|--|-----------------------|
| | | <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Período adicional sin cobertura fuera de la red</p> <p>Se le reembolsará el costo de estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo del plan para el medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos preferidos de marca Copago de \$40 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca</p> | <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel <p>Período adicional sin cobertura fuera de la red</p> <p>Se le reembolsará el costo de estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo del plan para el medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos preferidos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel <p>Nivel 3: medicamentos no preferidos de marca</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|
| | | <p>- Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <p>Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> | <p>- Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Nivel 4: medicamentos del nivel de especialidad</p> <p>- Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------|--------------------------|---|--|------------------------------|
| | | <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p> <p>Después de que los costos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo total del medicamento menos su participación en el costo, que es el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro de 5%, o - Copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos. | <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p> <p>Después de que los costos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo total del medicamento menos su participación en el costo, que es el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 5%, o - Copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos. | |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|------------------------------|--|---|---|---|
| 26 - Servicios odontológicos | Los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos. | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare Copago de \$5 para una visita al consultorio que incluye: – Hasta 2 exámenes bucales por año – Hasta 2 limpiezas por año – Hasta 2 tratamientos con flúor por año – Hasta 2 radiografías odontológicas por año El plan ofrece beneficios odontológicos integrales adicionales.</p> | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para Beneficios odontológicos cubiertos por Medicare En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para Beneficios odontológicos cubiertos por Medicare Copago de \$15 para una visita al consultorio que incluye: – Hasta 2 exámenes bucales por año – Hasta 2 limpiezas por año – Hasta 2 tratamientos con flúor por año – Hasta 2 radiografías odontológicas por año</p> |
| 27 - Servicios auditivos | Los exámenes auditivos de rutina complementarios y los audífonos no están cubiertos. Coseguro del 20% para exámenes auditivos de diagnóstico. | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red En general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina complementarios ni los audífonos. – Copago de \$25 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red En general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina complementarios ni los audífonos. – Copago de \$20 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> | <p>General Es posible que se apliquen reglas de autorización. Dentro de la red En general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina complementarios ni los audífonos. – Copago de \$25 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|-------------------------------|---|--|---|---|
| 28 - Servicios oftalmológicos | <p>Coseguro del 20% para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. Los exámenes oculares de rutina complementarios y los anteojos no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Los exámenes anuales de detección de glaucoma están cubiertos para las personas en riesgo.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas - anteojos - lentes de contacto - lentes - marcos - copago de \$25 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. - copago de \$25 para 1 examen oftalmológico de rutina complementario como máximo por año <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para artículos ópticos cada dos años.</p> | <p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$20 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. - Copago de \$20 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. - Copago de \$20 para 1 examen oftalmológico de rutina complementario como máximo por año | <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas - anteojos - lentes de contacto - lentes - marcos - copago de \$25 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos - copago de \$25 para 1 examen oftalmológico de rutina complementario como máximo por año <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para artículos ópticos cada dos años.</p> |

| Beneficio | Original Medicare | TexanPlus Classic (HMO) | TexanPlus Select (HMO) | TexanPlus Value (HMO) |
|--------------------------|--------------------------|---|---|---|
| Artículos de venta libre | Sin cobertura. | General El plan no cubre los artículos de venta libre. | General El plan no cubre los artículos de venta libre. | General El plan no cubre los artículos de venta libre. |
| Transporte (de rutina) | Sin cobertura. | Dentro de la red Copago de \$0 para hasta 30 viajes anuales de ida o de vuelta a una ubicación aprobada por el plan | Dentro de la red Copago de \$0 para hasta 30 viajes anuales de ida o de vuelta a una ubicación aprobada por el plan | Dentro de la red Copago de \$0 para hasta 30 viajes anuales de ida o de vuelta a una ubicación aprobada por el plan |
| Acupuntura | Sin cobertura. | Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura. | Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura. | Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura. |

TexanPlus[®] HMO

Medicare Advantage Health Plans



CENTRO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Llámenos hoy al **1-866-556-4607**

(Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-975-8089**),
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en su zona horaria local,
los 7 días de la semana.

www.TexanPlus.com

UNIVERSAL
AMERICAN

A Healthy Collaboration[®]