



Resumen de Beneficios 2022 Hamaspik Medicare Select



H0034_HMSSB2022_M

HAMASPIK, INC.





Resumen de Beneficios 2022 Hamaspik Medicare Select

Este documento es un resumen de sus beneficios médicos y de medicamentos recetados cubiertos por Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Hamaspik Medicare Select es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato. Hamaspik Medicare Select es un plan Medicare Advantage patrocinado por Hamaspik, Inc.

En este Resumen de Beneficios, obtendrá más información sobre los beneficios cubiertos que ofrece nuestro plan, incluidos los servicios médicos, la cobertura hospitalaria, la atención médica y los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Este folleto es un resumen de nuestros servicios cubiertos y no incluye todos los beneficios y limitaciones que cubrimos ni todas las exclusiones.

Su Evidencia *de* Cobertura es su Manual para Miembros que describe *todos* sus beneficios en detalle y las reglas del Plan para obtener estos servicios. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-426-2774 para solicitar *una copia de* la Evidencia *de* Cobertura, o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com. Usuarios TTY deben llamar al 711. Nuestros horarios son 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

¿Quién puede unirse a Hamaspik Medicare Select?

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y tener Medicaid del estado de Nueva York. También debe vivir en el área de servicio de nuestro plan, que incluye los siguientes condados:

- Albany
- Bronx
- Columbia
- Dutchess
- Greene
- Kings (Brooklyn)
- Montgomery
- Nassau
- New York (Manhattan)
- Orange
- Putnam
- Queens
- Rensselaer
- Richmond (Staten Island)
- Rockland
- Schenectady
- Sullivan
- Ulster
- Westchester

¿Qué cubrimos?

Hamaspik Medicare Select cubre todo lo que cubre Medicare Original: la Parte A (beneficios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos), además de los medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y beneficios adicionales.

Tenga en cuenta que cubrimos los medicamentos recetados de la Parte D, además de los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Todos nuestros medicamentos recetados están incluidos en un nivel en nuestro formulario. El formulario también le mostrará cuánto cuesta su medicamento. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web, www.hamaspik.com, o llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia.

El plan Hamaspik Medicare Select tiene una amplia red de médicos, hospitales, farmacias y especialistas. Como miembro de nuestro plan de necesidades especiales de Medicare Advantage, debe utilizar proveedores de nuestra red. Si usa un médico o un centro que no está en la red de nuestro plan, es posible que no cubramos los servicios. Asegúrese de revisar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias para ver si su médico o farmacéutico está incluido en la red.

Información Importante:

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-426-2774 para obtener más información.

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a encontrar un proveedor o una farmacia de nuestra red. Si tiene preguntas, llámenos al 1-888-426-2774. Usuarios TTY pueden llamar al 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Excepto en una emergencia, los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Hamaspik Medicare Select.

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde abril de 2022 a septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Los Servicios de Miembros también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-426-2774 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-426-2774 (TTY: 711).

Visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com para obtener información adicional sobre Hamaspik Medicare Select. El sitio web incluye enlaces a nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias, la Lista del Formulario de Medicamentos Cubiertos y la Evidencia de Cobertura.

Si desea conocer los servicios cubiertos y el costo de Original Medicare, consulte la versión actual del manual Medicare y Usted. Puede encontrar esto en línea en www.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia del manual. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos
Las primas, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<i>¿A cuánto asciende su prima del plan mensual?</i>	<i>Usted no paga una prima mensual de plan. Debe continuar pagando su prima de la Parte B.</i>
<i>¿A cuánto asciende el deducible del plan?</i>	<i>Hamaspik Medicare Select tiene un deducible de plan de \$203.00. Tenga en cuenta que, para los miembros con Medicaid, esta cantidad está cubierta por sus beneficios de Medicaid.</i>
<i>Su máxima responsabilidad de desembolso personal</i>	<p><i>Como todos los planes de Medicare, Hamaspik Medicare Select lo protege al tener un límite anual en sus costos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.</i></p> <p><i>Si alcanza el límite de \$7,550 en costos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos. Pagaremos el costo total por el resto del año.</i></p>
<i>Autorizaciones</i>	<p><i>Como miembro de Hamaspik Medicare Select, ciertos servicios requieren una autorización del plan antes de que reciba la atención que necesita. Si un servicio requiere autorización, esto se indica a continuación.</i></p> <p><i>Para todos los demás servicios, puede recibir atención de cualquier proveedor de la red de Hamaspik Medicare sin una autorización.</i></p>
<p><i>Cobertura Intrahospitalaria</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios.</i></p> <p><i>Dependiendo del nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid en 2022, puede pagar los siguientes importes por cada período de beneficio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• \$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio,</i> <i>• Días 1 a 60: coaseguro de \$0 por cada período beneficio.</i> <i>• Días 61 a 90: coaseguro de \$0 o \$389 por día de cada período beneficio.</i> <i>• Días 91 y más allá: coaseguro de \$0 o \$778 por cada “día de reserva de vida” después de 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida).</i> <i>• Más allá de los días de reserva de vida: todos los costos</i>

Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
	<p><i>Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una Instalación de Enfermería Especializada) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o una instalación de enfermería especializada después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio.</i></p> <p><i>Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios de urgencia.</i></p>
<i>Hospitalización Parcial</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada hospitalización parcial.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
Atención Ambulatoria	
<i>Cobertura Hospitalaria Ambulatoria</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada servicio ambulatorio y servicio de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Los servicios de observación corresponden a servicios ambulatorios sujetos a la determinación de si usted necesita ser ingresado o se le puede dar de alta.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura para servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<i>Cirugía Ambulatoria</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de visitas a un centro quirúrgico ambulatorio o instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<i>Servicios de Diálisis</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por diálisis.</i></p>
<i>Abuso de Sustancias Ambulatorio</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare para servicios ambulatorios por abuso de sustancias.</i></p> <p><i>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para sesiones grupales e individuales ambulatorias para abuso de sustancias. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</i></p>

<p><i>Servicios del programa de tratamiento para opiáceos</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada servicio de sangre ambulatorio.</i></p> <p><i>Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</i></p>
<p><i>Servicios de sangre ambulatorios</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada servicio de sangre ambulatorio.</i></p> <p><i>La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</i></p>
<p><i>Acupuntura</i></p>	<p><i>Medicare cubre hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para dolor lumbar crónico. En caso de mejora, tendrá cobertura para 8 sesiones adicionales.</i></p> <p><i>El dolor de espalda baja se define como:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Prolongado por 12 semanas o más</i> <i>• Sin causa sistemática identificable (como metástasis o enfermedad inflamatoria o infecciosa)</i> <i>• Dolor no asociado a cirugía o embarazo</i> <p><i>También tiene cobertura para 12 tratamientos de acupuntura cada año por otros problemas de salud.</i></p>
<p><i>Médicos de Cabecera y Especialistas</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada visita al médico de cabecera o especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para servicios médicos de atención primaria y médico especialista. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</i></p> <p><i>No necesita una remisión o una autorización para los servicios proporcionados por un PCP o un especialista.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Atención Preventiva</i></p>	<p><i>Hamaspik Medicare Select cubre un amplio margen de servicios de salud preventivos que tienen cobertura de Medicare. No paga nada por los siguientes servicios de atención preventiva, que incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Examen de aneurisma aórtico abdominal</i> • <i>Asesoramiento para abuso de alcohol</i> • <i>Medición de masa muscular</i> • <i>Examen de cáncer de mama (mamografía)</i> • <i>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</i> • <i>Exámenes cardiovasculares</i> • <i>Examen de cáncer vaginal y cervical</i> • <i>Análisis de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculto fecal, sigmoidoscopia flexible)</i> • <i>Análisis de depresión</i> • <i>Análisis de diabetes</i> • <i>Análisis de VIH</i> • <i>Servicios de terapia de nutrición médica</i> • <i>Examen de obesidad y asesoría</i> • <i>Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare</i> • <i>Examen de cáncer de próstata (PSA)</i> • <i>Examen de infecciones de transmisión sexual y asesoría</i> • <i>La asesoría de cesación de consumo de tabaco (asesoría para personas sin señales de enfermedad asociada al tabaco)</i> • <i>Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas por Hepatitis B, vacunas neomocósicas y vacunas contra el COVID-19</i> • <i>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</i> • <i>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato tendrá cobertura.</i>
<p><i>Servicios preventivos que puedan requerir coaseguro</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada uno de los siguientes servicios preventivos cubiertos por Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Electrocardiograma luego de visita bienvenida</i> • <i>Enema de bario</i> • <i>Autogestión de diabetes</i> • <i>Exámenes rectales digitales</i> • <i>Análisis de glaucoma</i>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Atención de emergencia</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para servicios proporcionados por un proveedor que tenga capacitación en servicios de atención de emergencia, y que sean necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por atención de emergencia y atención de posetabilización, hasta \$90 por visita para atención de emergencia cubierta por Medicare.</i></p> <p><i>No se aplica el coaseguro si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia globales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</i></p>
<p><i>Servicios Necesarios de Urgencia</i></p>	<p><i>Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro para servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>La cantidad máxima que pagará es de \$65 por visita.</i></p> <p><i>Si ingresa en el hospital con 48 horas de su visita de atención de urgencia, no se aplicará el coaseguro.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia globales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por estos servicios cubiertos de Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</i> • <i>Servicios de laboratorio</i> • <i>Servicios radiológicos de diagnóstico (CT, IRM, etc.)</i> • <i>Radiografías</i> <p><i>Se requiere autorización para ciertos procedimientos de diagnóstico, procedimientos de pruebas genéticas y otros procedimientos diagnósticos. Exámenes de laboratorio rutinarios, tomografías computarizadas, IRM y radiografías <u>no</u> requieren autorización previa.</i></p>
<p><i>Servicios quiroprácticos</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios quiroprácticos.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<p>Servicios de audición:</p>	
<p><i>Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</i></p>	<p><i>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por beneficios de audición cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Los beneficios de Medicaid pueden cubrir exámenes de audición y audífonos adicionales.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<i>Servicios dentales</i>	
<i>Servicios dentales exhaustivos</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios dentales cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no tienen cobertura por Medicare.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p> <p><i>Los beneficios de Medicaid pueden cubrir servicios adicionales.</i></p>
<i>Servicios de vista</i>	
<i>Cuidado de la vista, incluidos exámenes de la vista de rutina y anteojos</i>	<p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</i> • <i>Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año.</i> • <i>Para personas con diabetes, se cubre un análisis para retinopatía diabética una vez al año</i> • <i>Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular</i> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por beneficios de vista cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Además de los servicios cubiertos por Medicare enumerados anteriormente, puede recibir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un examen ocular de rutina cada dos años.</i> • <i>Un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años. La cobertura se limita a \$200.</i> • <i>Las actualizaciones de anteojos están cubiertas, hasta un límite de beneficio de \$200 cada dos años.</i>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<i>Servicios de salud mental:</i>	
<p><i>Servicios de salud mental intrahospitalarios</i></p>	<p><i>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren una estancia hospitalaria. Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura de hasta 190 días de servicios de hospital psiquiátrico durante su período de vida.</i></p> <p><i>El límite de 190 días no aplica para servicios de salud mental intrahospitalarios provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</i></p> <p><i>Dependiendo del nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid en 2022, usted puede pagar los siguientes importes por cada período de beneficio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>\$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio,</i> • <i>Días 1 a 60: coaseguro de \$0 por cada período beneficio.</i> • <i>Días 61 a 90: coaseguro de \$0 o \$389 por día de cada período beneficio.</i> • <i>Días 91 y más allá: coaseguro de \$0 o \$778 por cada “día de reserva de vida” después de 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida).</i> • <i>Más allá de los días de reserva de vida: todos los costos.</i> <p><i>Puede tener cobertura para días psiquiátricos intrahospitalarios adicionales de Medicaid.</i></p> <p><i>Salvo en emergencia, se requiere autorización para servicios intrahospitalarios de salud mental.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Servicios de salud mental ambulatorios</i></p>	<p><i>Los Servicios de salud mental ambulatorios cubiertos incluyen servicios proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajo social clínico, enfermero clínico especializado, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</i></p> <p><i>Usted paga 0% o 20% del costo de las visitas y sesiones de terapia individual o grupal cubiertas por Medicare.</i></p> <p><i>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para sesiones grupales e individuales de servicios de especialidad en salud mental. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor de salud gestiona su atención.</i></p> <p><i>Puede haber cobertura adicional para servicios de salud mental basados en la comunidad en virtud de sus beneficios de Medicaid.</i></p>
<p><i>Servicios de rehabilitación</i></p>	
<p><i>Servicios de Instalación de Enfermería Especializada</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para servicios rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de manera diaria y constante en una instalación de enfermería especializada.</i></p> <p><i>Una estancia intrahospitalaria menor a 3 días antes de que se permita la admisión en una residencia de ancianos.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted puede pagar lo siguiente por cada período de beneficio.</i></p> <p><i>En 2022, los montos que paga son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Días 1 a 20 de \$0 por cada período beneficio</i> <i>• Días 21 a 100: coaseguro de \$0 o \$194.50 por día de cada período beneficio</i> <i>• Días 101 y más allá: todos los costos</i> <p><i>Un “período de beneficio” comienza el día en que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando hayan transcurrido 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en el hospital después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Límitese a la cantidad de períodos de beneficio que pueda tener.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



	<i>Se requiere autorización.</i>
Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Terapia física, terapia de habla y terapia ocupacional</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por estos servicios cubiertos de Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Visitas de terapia física</i> • <i>Visitas de terapia de habla</i> • <i>Visita de terapia ocupacional</i> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Servicios de rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y terapia de ejercicio supervisado (SET) para Enfermedad Arterial Periférica (PAD)</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por estos servicios cubiertos de Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de rehabilitación cardíaca</i> • <i>Servicios de rehabilitación cardíaca intensivos</i> • <i>Rehabilitación pulmonar</i> • <i>Terapia de Ejercicio Supervisado</i> <p><i>(SET) Se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Ambulancia</i></p>	<p><i>Los servicios de ambulancia incluyen servicios de ambulancia por tierra y aire para instalación adecuadas cercanas que pueden ofrecer atención, solo si su condición médica es tal, que otros medios de transporte pudiesen poner su salud en riesgo.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare: No se renunciará al coaseguro si ingresa en un hospital.</i></p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Transporte</i></p>	<p><i>El plan no proporciona otros servicios de transporte.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Cuidado de los pies (servicios de podología)</i></p>	<p><i>Los servicios cubiertos incluyen el diagnóstico y el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por beneficios de podiatría cubiertos por Medicare.</i></p>
<p><i>Equipo médico y suministros</i></p>	<p><i>Hamaspik Medicare Select cubre cualquier equipo médico y suministros que tienen cobertura de Original Medicare.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios cubiertos por Medicare y suministros asociados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Equipo médico duradero y suministros relacionados</i> <i>• Dispositivos protésicos</i> <i>• Suministros médicos</i> <i>• Suministros de diabetes</i> <i>• Zapatos terapéuticos para diabetes</i> <p><i>Se requiere autorización para la mayoría de equipo médico y suministros. Nota: Los suministros diabéticos pueden obtenerse sin autorización.</i></p> <p><i>Puede haber cobertura adicional disponible usando sus beneficios de Medicaid.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Primas y Beneficios	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Programas de Bienestar</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La Línea directa de enfermería de Hamaspik que está disponible durante la noche, los fines de semana y feriados cuando las oficinas de administración de atención están cerradas.</i> • <i>El Beneficio de Aptitud Física incluye:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Participación en uno de nuestros gimnasios y centros de fitness contratados en toda el área de servicio y a nivel nacional.</i> ✓ <i>Clases de ejercicios, a través de clases en vivo en línea y miles de videos en línea.</i> ✓ <i>Un kit de fitness para el hogar, de una selección de rastreadores de fitness portátiles, pesas o equipos de yoga.</i> ✓ <i>Sesiones de coaching individuales ilimitadas por teléfono.</i> • <i>Materiales de educación de salud, que se enfocarán en una variedad de condición de salud.</i> <p><i>No hay copago por estos servicios.</i></p>
<p>Productos de salud de venta libre</p>	
<p><i>Artículos Sanitarios de Venta Libre</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para productos de salud de venta libre (OTC) y otros artículos sanitarios asociados.</i></p> <p><i>Cubrimos un máximo de \$158.00 al mes para productos OTC. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS.</i></p> <p><i>El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



<p><i>Beneficios suplementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas</i></p> <p><i>Alimentos y productos saludables</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Los miembros elegibles pueden usar \$40.00 por mes de su beneficio de “Producto de venta libre para la salud (OTC)” para la compra de alimentos y productos alimentarios.</i></p> <p><i>Si le han diagnosticado tres o más afecciones crónicas (como se enumeran a continuación), puede ser elegible para el beneficio de “alimentos y productos alimentarios saludables”.</i></p> <p><i>Los diagnósticos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trastorno del espectro autista</i> • <i>Trastornos autoinmunes</i> • <i>Artritis</i> • <i>Cáncer</i> • <i>Afecciones cardiovasculares</i> • <i>Dependencia crónica del alcohol y otras drogas</i> • <i>Insuficiencia cardíaca crónica</i> • <i>Trastornos pulmonares crónicos</i> • <i>Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes</i> • <i>Demencia</i> • <i>Diabetes</i> • <i>Enfermedad hepática en etapa terminal</i> • <i>Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)</i> • <i>Hepatitis</i> • <i>VIH/SIDA</i> • <i>Hiperlipidemia</i> • <i>Trastornos neurológicos</i> • <i>Trastornos hematológicos agudos</i> • <i>La elegibilidad se determinará en función de la información proporcionada por su(s) médico(s) y su Evaluación Anual de Riesgos para la Salud.</i> • <i>El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</i> • <i>No hay costo para usted para estos productos.</i>
--	--

Servicios cubiertos de Medicaid

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare

Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por Medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Hamaspik Medicare Select ofrece terapia escalonada para ciertos medicamentos y puede revisar sus medicamentos para determinar si están cubiertos por sus beneficios de la Parte B o la Parte D. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada.

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

Resumen

Puede utilizar una farmacia de la red o una farmacia de pedidos por correo para surtir sus recetas de medicamentos de la Parte D. Tiene cobertura para un suministro de medicamentos de 30 o 90 días en una farmacia minorista o de pedidos por correo. Tiene cobertura para un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red y un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.

El monto que paga por sus medicamentos recetados depende de si el medicamento es genérico o de marca, y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Como miembro de Hamaspik Medicare Select, tenemos un nivel de medicamentos que cubre medicamentos genéricos y de marca.

Se aplican autorizaciones y otras reglas de cobertura para ciertos medicamentos. Consulte su Formulario (Lista de medicamentos) para obtener más información sobre estos requisitos.

Etapa de Deducible

Los miembros con cobertura de Medicaid no pagarán un deducible.

Dependiendo de su nivel de ayuda adicional, es posible que deba pagar los primeros \$480 en costos de medicamentos recetados.

Servicios cubiertos de Medicaid

<p><i>Etapa de Cobertura Inicial:</i></p>	<p><i>Dependiendo de sus ingresos y estado institucional, usted pagará uno de los siguientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), pagará un copago de \$0, un copago de \$1.35 o un copago de \$3.95, o un coaseguro del 15%</i> • <i>Para todos los demás medicamentos: pagará un copago de \$0, un copago de \$4.00 o un copago de \$9.85, o un coaseguro del 15%</i> • <i>Nota: Si no recibe “ayuda adicional”, pagará un coaseguro del 25% por todos los medicamentos.</i>
<p><i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i></p> <p><i>Si alcanza esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</i></p>	<p><i>La etapa de cobertura catastrófica comienza después de que sus costos de desembolso personal anuales en medicamentos alcancen \$7,050.</i></p> <p><i>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba, usted paga \$0 o el 5% del costo de todos los medicamentos.</i></p>

Los siguientes servicios tienen cobertura de sus beneficios de Medicaid. Hamaspik Medicare Select lo ayudará a coordinar sus beneficios, pero puede obtener cobertura para estos servicios a través de Medicaid.



HAMASPIK, INC.

Servicios cubiertos de Medicaid	Descripción
<p><i>Costos compartidos de Medicare</i></p>	<p><i>Medicaid cubre el costo compartido de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, el copago y la cobertura.</i></p>
<p><i>Salud mental para pacientes hospitalizados por encima del límite de por vida de 190 días</i></p>	<p><i>Medicaid cubre los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental por encima del límite de por vida de 190 días de Medicare.</i></p>

Servicios cubiertos de Medicaid

<p><i>Atención no cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada</i></p>	<p><i>Medicaid cubre los días en un centro de enfermería especializada proporcionados en un centro con licencia que superen los primeros 100 días del período de beneficios de Medicare Advantage.</i></p>
<p><i>Servicios de atención médica domiciliaria no cubiertos por Medicare</i></p>	<p><i>Los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare o servicios de asistencia médica domiciliaria según lo requiera un plan de atención aprobado.</i></p>
<p><i>Servicios de atención personal</i></p>	<p><i>Servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid como la provisión de asistencia parcial o total con actividades como vestirse y alimentarse, preparación de comidas y limpieza.</i></p>
<p><i>Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)</i></p>	<p><i>En CDPAS, puede contratar a un cuidador de su elección para que le brinde servicios de cuidado personal y otros servicios de apoyo en su hogar.</i></p>
<p><i>Servicios de enfermería privada</i></p>	<p><i>La enfermería privada cubierta por Medicaid se puede proporcionar a través de una agencia de atención médica domiciliaria certificada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un médico privado. Los servicios tienen cobertura cuando un médico tratante ha determinado que los servicios son médicamente necesarios.</i></p>
<p><i>Transporte no considerado de emergencia</i></p>	<p><i>Medicaid cubre el transporte que no sea de emergencia cuando sea necesario para que el miembro pueda obtener la atención médica y el tratamiento necesarios.</i></p>

Servicios cubiertos de Medicaid

<i>Servicios cubiertos de Medicaid</i>	<i>Descripción</i>
<i>Suministros médicos y quirúrgicos y pilas para audífonos.</i>	<i>Medicaid del Estado de Nueva York cubre equipos y suministros médicos y quirúrgicos, terapia enteral y parenteral y baterías para audífonos.</i>
<i>Servicios de nutrición</i>	<i>No hay copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</i>
<i>Servicios Médicos y Sociales</i>	<i>Medicaid cubre los servicios médicos sociales, incluida la evaluación de la necesidad, la organización y la prestación de ayuda para los servicios sociales.</i>
<i>Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS):</i>	<i>Medicaid cubre los dispositivos electrónicos que permiten a las personas obtener ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.</i>
<i>Atención Sanitaria de Día para Adultos</i>	<i>La Atención Sanitaria de Día para Adultos está cubierta por Medicaid.</i>
<i>Servicios de audición</i>	<i>Medicaid cubre los servicios de audiología, las pruebas de detección y los servicios y productos de audífonos.</i>
<i>Servicios de vista</i>	<i>Medicaid cubre servicios de la vista integrales, que incluyen, entre otros, exámenes de la vista y anteojos.</i>
<i>Hospicio</i>	<p data-bbox="537 1339 1463 1409"><i>La atención de hospicio está cubierta por Medicaid. Los servicios incluyen:</i></p> <ul data-bbox="586 1440 1435 1528" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="586 1440 1068 1472">• <i>Atención domiciliaria de rutina.</i> <li data-bbox="586 1493 1435 1528">• <i>Atención domiciliaria continua durante períodos de crisis</i>
<i>Programas de Tratamiento y Mantenimiento con Metadona</i>	<i>Medicaid cubre los programas de tratamiento con metadona para personas que consumen sustancias.</i>

Servicios cubiertos de Medicaid



Los siguientes servicios tienen cobertura de sus beneficios de Medicaid. Hamaspik Medicare Select lo ayudará a coordinar sus beneficios, pero puede obtener cobertura para estos servicios a través de Medicaid.

Servicios cubiertos de Medicaid	Descripción
<p>Los servicios de salud mental basados en la comunidad incluyen:</p>	<p>Los siguientes servicios tienen cobertura de Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Tratamiento de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva • Tratamiento Diario y Tratamiento Diario Continuo • Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente • Servicios de Crisis Móvil e Intervención en Crisis • Hospitalización Parcial • Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) • Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS)
<p>Servicios de Rehabilitación para Residentes de Viviendas Comunitarias (CR) Licenciadas OMH y Programas de Tratamiento Familiar</p>	<p>Servicios de rehabilitación para particulares en su domicilio o en apartamentos alquilados.</p>
<p>Servicios para Personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo</p>	<p>La Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD) brinda una variedad de servicios, incluidos los servicios de atención a largo plazo.</p>
<p>Medicaid exhaustivo Gestión de caso</p>	<p>Los servicios de administración integral de casos de Medicaid (CMCM) son aquellas funciones/actividades de administración de casos que ayudarán a las personas elegibles para Medicaid.</p>

Servicios cubiertos de Medicaid

Los siguientes servicios tienen cobertura de sus beneficios de Medicaid. Hamaspik Medicare Select lo ayudará a coordinar sus beneficios, pero puede obtener cobertura para estos servicios a través de Medicaid.



Servicios cubiertos de Medicaid	Descripción
<i>Programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad</i>	<i>El Programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad de Apoyo y Servicios es un programa que permite a los adultos y niños con discapacidades del desarrollo vivir en la comunidad. Este programa ofrece servicios para personas elegibles para Medicaid.</i>
<i>Terapia Observada Directa para la Enfermedad de Tuberculosis</i>	<i>Medicaid cubre Terapia Observada Directa para personas con la Enfermedad de Tuberculosis</i>
<i>Atención Sanitaria de Día para Adultos por SIDA</i>	<i>Medicaid cubre Atención Sanitaria de Día para Adultos por SIDA</i>
<i>Programa de Vida Asistida</i>	<i>Medicaid cubre Vida Asistida. Solo los Programas de Vida Asistida (ALP) con licencia oficial aceptan Medicaid</i>

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a Servicios para Miembros para recibir asistencia.

Notificación de No Discriminación

HAMASPIK, INC.

Hamaspik Medicare Select cumple con las leyes derechos civiles federales y no discrimina en base a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hamaspik Medicare Select no excluye a las personas o les otorga un trato diferenciado debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Hamaspik Medicare Select

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificado e información escrita en otros formatos (letras grandes, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).*
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma nativo no sea inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.*

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios de Miembros al 888-426-2274. Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajes fuera de horario, fines de semana y días festivos federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que Hamaspik Medicare Select ha fallado en entregar estos servicios o que incurre en discriminación de otra debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Servicios de Miembros e indicarles que desea presentar una denuncia. Servicios de Miembros de Hamaspik Medicare Select está disponible para ayudarle.

*También puede enviar su denuncia a: Hamaspik Medicare Select.
Attn: Grievance and Appeals
58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952*

También puede presentar una demanda de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar un reclamo por correo o teléfono al:

*Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW, Room 509-F HHH Building, Washington, DC 20201*

Teléfono: 1-800-368-1019,

TTY: 1-800-537-7697

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html



Obtener Ayuda en un Idioma que Comprendas

<i>ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-426-2774 (TTY: 711).</i>	English
<i>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-274-4226 (TTY: 711).</i>	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-426-2774 TTY: 711。	Chinese
اتصل على . توتفر لك خدمتا املاسة اللغوية مجانًا. تنبيه 888-426-2774 711 TTY	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-426-2774 TTY 711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните <888-426-2774> (телетайп: 711).	Russian
<i>ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 888-426-2774 or TTY 711</i>	Italian
<i>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-426-2774 or TTY 711</i>	French
<i>ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. 888-426-2774 or TTY 711</i>	French Creole
שפראך הילף סערוויסעס פריי . זענען פארהאן פאר אייך, אויב איר רעדט אידיש. אויפמערקזאם 711 אפצאל TTY 711 888-426-2774	Yiddish
<i>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 888-426-2774 or TTY 711</i>	Polish
<i>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-426-2774 or TTY 711</i>	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ াঁদ আপদন বাংলা, কথা বলেত পাতরন, োহতল দনঃখরচায় ভাষা সহাে পদরতষবা উপলব্ধ আতো। তেঁান করুন ১-888-426-2774 or TTY 711	Bengali
<i>KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 888-426-2774 or TTY 711</i>	Albanian
<i>ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 888-426-2774 or TTY 711</i>	Greek
یائو بیٹ بیٹ اسے 888-426-2774 بجنو: سہیہ بایتسد ے ٹل کے پآ ، تفم ، تاخدم یک دامدا یک نابز پر کلا کریں۔ 711	Urdu