

**Introducción al informe de Resumen de beneficios
para PARTNERSHIPADVANTAGE (HMO SNP)
1° de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012
CONDADOS DE NAPA, SOLANO Y YOLO**

Muchas gracias por su interés en Partnership*Advantage* (HMO SNP). Este plan es ofrecido por PARTNERSHIP HEALTHPLAN OF CALIFORNIA, un Plan para Necesidades Especiales correspondiente a una Organización de Cuidado Administrado de la Salud de Medicare Advantage (HMO SNP). Este plan está diseñado para personas que cumplen con criterios de inscripción específicos.

Todos los costos compartidos que aparezcan en este Resumen de Beneficios se basan en su nivel de elegibilidad ante Medi-Cal (Medicaid).

Llame a Partnership*Advantage* para verificar si satisface las condiciones para inscribirse. Nuestro número telefónico aparece al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios detalla algunas de las características de nuestro plan. No es una lista completa de cada servicio que cubrimos ni de cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios comuníquese con Partnership*Advantage* y solicite la “Constancia de Cobertura”.

USTED TIENE OPCIONES PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

Como beneficiario de Medicare usted puede elegir entre diferentes opciones. Una opción es el Plan Original de Medicare (“pago por servicio”). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como Partnership*Advantage*. También tiene otras opciones. Usted elige. Y cualquiera sea su decisión, usted sigue siendo parte del Programa Medicare.

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medi-Cal (elegibilidad dual), puede unirse a un plan o dejarlo en cualquier momento.

Para más información comuníquese con Partnership*Advantage* al número que aparece al final de la introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar Partnership*Advantage* y el Plan Original de Medicare utilizando este Resumen de Beneficios. Las tablas de este cuadernillo incluyen listas de algunos beneficios importantes para la salud. En cada beneficio podrá ver lo que cubre nuestro plan y el Plan Original de Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Original de Medicare. También ofrecemos otros beneficios más, que pueden cambiar de año a año.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE PARTNERSHIPADVANTAGE?

La zona de cobertura de este plan incluye: Condados de Napa, Solano y Yolo en California. Debe vivir en una de estas áreas para poder unirse al plan.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA UNIRSE A PARTNERSHIPADVANTAGE?

Usted puede unirse a *PartnershipAdvantage* si tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, y además vive en la zona de cobertura.

Sin embargo, las personas que sufren enfermedades de los riñones que se consideran mortales o “End Stage Renal Disease” generalmente no satisfacen las condiciones para inscribirse en *PartnershipAdvantage*, a menos que ya sean miembros de nuestra organización y lo han sido desde antes de comenzar con su diálisis.

Para unirse a este plan usted también debe estar inscrito en el programa de Medi-Cal de California.

Comuníquese con nuestro plan para ver si usted satisface las condiciones para unirse a nosotros.

¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

PartnershipAdvantage ha formado una red de médicos, médicos especialistas y hospitales. Sólo puede utilizar médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Usted puede pedir una Guía de Proveedores actual. Ingrese a www.partnershipphp.org para obtener una lista actualizada. Nuestro número de servicios al cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ OCURRE SI VISITO A UN MÉDICO QUE NO ESTÁ EN SU RED?

Si decide visitar a un médico fuera de nuestra red usted deberá pagar por estos servicios, excepto en algunas situaciones limitadas (por ejemplo, atención de emergencia). Ni este plan ni el Plan Original de Medicare pagarán los servicios.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS RECETADOS SI ME UNO AL PLAN?

PartnershipAdvantage ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es posible que no pagemos sus medicamentos recetados si usted utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en algunos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir una Guía de Farmacias o ingresar a www.partnershipphp.org. Nuestro número de servicios al cliente aparece al final de esta introducción.

¿CUBRE MI PLAN MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O LA PARTE D DE MEDICARE?

Partnership *Advantage* cubre los medicamentos recetados tanto de la Parte B como de la Parte D de Medicare.

¿QUÉ ES UNA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Partnership *Advantage* utiliza una lista de medicamentos o “vademécum” (conocida también como “formulario”). Es una lista de los medicamentos que cubre su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Es posible que en forma regular agreguemos, eliminemos o hagamos cambios a los límites de cobertura de ciertos medicamentos o cambiemos lo que usted debe pagar por un medicamento. Si hacemos algún cambio en la lista que limite las posibilidades de nuestros miembros para conseguir sus medicamentos, informaremos a los inscritos afectados antes de realizar el cambio. Le enviaremos una lista de medicamentos, y podrá ver el listado completo en nuestro sitio de Internet www.partnershiphp.org.

Si usted está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestra lista o que está sujeto a condiciones o límites adicionales, puede obtener un suministro temporal de ese medicamento. Puede contactarnos para solicitar una excepción o cambiarlo con la ayuda de su médico por un medicamento alternativo que se encuentre incluido en nuestra lista. Comuníquese con nosotros para ver si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición a otros medicamentos .

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS O PARA OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Es posible que pueda obtener ayuda adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados y también para otros costos de Medicare. Para ver si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY/TDD deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; y vea www.medicare.gov “Programas para personas de bajos ingresos y recursos” en la publicación Medicare y Usted.
- La Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medi-Cal local.

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO EN ESTE PLAN?

Todos los Planes Medicare Advantage acuerdan permanecer en el programa por un año entero a la vez. Los beneficios del plan y la parte de los costos que debe pagar pueden variar de año a año. Cada año, los programas deciden si continuarán participando de Medicare Advantage. El plan puede continuar en toda su área de servicio (el área geográfica donde el plan acepta miembros) o puede decidir continuar solamente en algunas zonas. Además, Medicare puede decidir terminar el contrato con un plan. Inclusive si un Plan Medicare Advantage abandona el

programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar durante otro año, deberá enviarle a usted una carta al menos 90 días antes de que termine su cobertura. La carta explicará sus opciones para cobertura de Medicare en su zona.

Como afiliado a *PartnershipAdvantage*, usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización, que incluye el derecho de presentar una apelación si le negamos cobertura por un artículo o servicio, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene derecho a pedir una determinación de la organización si quiere que le proveamos o paguemos un artículo o servicio que usted considera que debería tener cobertura. Si le negamos cobertura para el artículo o servicio que ha solicitado, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Puede pedir una determinación de cobertura acelerada (rápida) si cree que esperar una decisión puede poner su vida o salud en riesgo grave, o afectar su capacidad para recuperar una funcionalidad máxima. Si su médico hace o respalda este pedido, estamos obligados a acelerar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red que no se relacione con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema involucra la calidad de la atención, usted también tiene derecho de presentar una queja normal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por su sigla en inglés) de su estado. Consulte la Constancia de Cobertura (EOC, por su sigla en inglés) para obtener la información de contacto de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Como miembro de *PartnershipAdvantage*, usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, que incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si le negamos cobertura por un medicamento recetado, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que le cubramos un medicamento de Parte D que usted considera que debemos cubrir. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Tiene derecho a solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) o considera que debería obtener un medicamento no preferido a un costo de bolsillo más bajo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, tal como un límite sobre la cantidad de un medicamento. Si piensa que necesita una excepción, debería contactarnos antes de intentar obtener su medicamento recetado en una farmacia. Su médico deberá presentar una declaración que apoye su solicitud de excepción. Si le negamos cobertura para su(s) medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema que no se relacione con la cobertura de un medicamento recetado con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red. Si su problema se relaciona con la calidad de la atención, usted también tiene derecho de presentar una queja normal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) de su estado. Consulte la Constancia de Cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA de ADMINISTRACION de FARMACOTERAPIA (MTM)?

El programa para administrar adecuadamente la medicación (MTM, por su sigla en inglés) es un servicio gratuito que le ofrecemos. Es posible que lo invitemos a participar de un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar,

pero le recomendamos sacar el máximo provecho de este servicio cubierto si usted es seleccionado. Para obtener más detalles comuníquese con *PartnershipAdvantage*.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS POR LA PARTE B DE MEDICARE?

La Parte B de Medicare puede cubrir algunos medicamentos recetados para pacientes externos. Pueden incluir, sin limitarse a ellos, los siguientes tipos de medicamentos. Para obtener más detalles comuníquese con *PartnershipAdvantage*.

- Algunos antígenos: Si los prepara un médico y los administra una persona adecuadamente instruida (que puede ser el mismo paciente) bajo supervisión de un médico.
- Medicamentos para la osteoporosis: Medicamentos inyectables para la osteoporosis para algunas mujeres que tienen Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin alfa o Epogen[®]): Por inyección si usted sufre una enfermedad renal que se considera mortal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para la hemofilia: Factores de coagulación que usted se suministra a sí mismo si sufre de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayor parte de los medicamentos inyectables que se administran en forma accesoria al servicio de un médico.
- Medicamentos inmunodepresores: Terapia de medicamentos inmunodepresores para pacientes de trasplantes de órganos si Medicare pagó el trasplante, o si lo pagó un seguro privado como pagador primario de su cobertura de Parte A de Medicare, en un centro de salud certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: Si el mismo medicamento existe en formato inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Si usted forma parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión provistos a través de equipos médicos duraderos (DME, por su sigla en inglés).

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LAS CALIFICACIONES DEL PLAN?

El programa Medicare califica el desempeño de todos los planes en diferentes categorías (por ejemplo, la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones que dan los pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a la Internet, puede usar las herramientas en www.medicare.gov, seleccionar "Planes de salud y medicamentos" y luego "Comparar planes de medicamentos y salud" para comparar las calificaciones que tienen los planes de Medicare en su zona. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones para este plan. Nuestro número de servicio al cliente se encuentra a continuación.

Para obtener más información sobre *Partnership Advantage* comuníquese con Partnership HealthPlan of California. Ingrese a www.partnershiphp.org o llámenos a:

Horarios de Servicio al Cliente:

De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico

Los miembros deben llamar al número local (866) 264-3626 si tienen alguna pregunta relacionada con el Programa de medicamentos recetados de Medicare Advantage.

(TTY/TDD (800) 735-2929)

Las personas interesadas en afiliarse deben llamar al número local (866) 264-9933 si tienen alguna pregunta relacionada con el Programa de medicamentos recetados de Medicare Advantage.

(TTY/TDD (800) 735-2929)

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

Este documento puede estar disponible en un formato diferente, como letras grandes, braille u otros formatos.

Este documento puede estar disponible también en otros idiomas. Para obtener información adicional llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece más arriba.

**Informe de resumen de beneficios
para el Contrato H5782, Plan 001**

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership Advantage
<p>INFORMACIÓN IMPORTANTE</p> <p>Primas y otra información importante</p>	<p>En 2012 la prima mensual de la Parte B es de \$0 y el monto deducible anual de la Parte B es de \$0.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos a menudo son más altos, lo que significa que usted tendrá que pagar más.</p>	<p>General</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medi-Cal, es posible que no tenga la responsabilidad de costos compartidos para servicios de Medicare original.</p> <p>**Por favor consulte con su plan sobre los costos compartidos cuando recibe servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>Prima mensual del plan \$47.50*</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de deducible anual*</p> <p>Límite de costos de bolsillo de \$6,700. Sin embargo, en este plan no tendrá la responsabilidad de costos compartidos para los servicios con cobertura de Medicare, según cual es su nivel de elegibilidad para Medi-Cal*.</p>
<p>2 - Elección de médico y hospital</p> <p>(Para más información vea Emergencias - #15 y Atención médica de urgencia - #16).</p>	<p>Puede ir 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 necesita referencia para los especialistas de la red</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		(para algunos beneficios).
<p>ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS</p> <p>3 – Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye servicios de rehabilitación y abuso de sustancias)</p>	<p>Para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 – 60: \$0 de deducible*</p> <p>Días 61 – 90: \$0 por día</p> <p>Días 91 – 150: \$0 por día de reserva vitalicia*</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre días de reserva vitalicia.</p> <p>Los días de reserva vitalicia sólo se pueden utilizar una vez.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted pasa 60 días seguidos sin internación en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si regresa al hospital después de finalizado un período, se da comienzo a un nuevo período de beneficios. No hay límites a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>\$0 de deducible anual*</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser hospitalizado.</p>
<p>4 - Servicios de salud mental para pacientes internados</p>	<p>Para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 – 60: \$0 de deducible</p> <p>Días 61 – 90: \$0 por día</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>Límite de por vida de 190 días de internación en un hospital</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	<p>Días 91 – 150: \$0 por día de reserva vitalicia</p> <p>Límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados solamente cuentan para el límite de 190 días de por vida cuando se cumplen condiciones determinadas. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados que se brindan en un hospital general.</p>	<p>psiquiátrico. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados solamente cuentan para el límite de 190 días de por vida cuando se cumplen condiciones determinadas. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados que se brindan en un hospital general.</p> <p>\$0 de deducible anual*</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser hospitalizado.</p>
<p>5 - Centros de enfermería especializada (SNF, por su sigla en inglés)</p> <p>(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En el 2012 los montos por cada período de beneficios después de pasar al menos 3 días en un hospital con cobertura son:</p> <p>Días 1 – 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 – 100: \$0 por día</p> <p>Hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa a un hospital o SNF. Termina cuando usted pasa 60 días seguidos sin internación en un hospital o un centro de enfermería especializada.</p> <p>Si regresa al hospital después de finalizado un período, se da comienzo a un nuevo período</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios</p> <p>No se exige una estadía anterior en un hospital.</p> <p>\$0 de deducible anual*</p> <p>\$0 de copago por servicios de SNF*</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficio que le corresponden como afiliado.	
<p>6 – Atención médica a domicilio</p> <p>(Incluye cuidado de enfermería especializada intermitente necesario, servicios de auxiliar a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.)</p>	\$0 de copago.	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por atención médica a domicilio cubierta por Medicare.*</p>
<p>7 - Hospicio (centro de cuidados de soporte para pacientes con enfermedad terminal)</p>	Usted debe ser atendido en un hospicio certificado por Medicare.	<p>General</p> <p>Usted debe ser atendido en un hospicio certificado por Medicare.</p> <p>Su plan pagará una visita de consulta antes de que usted seleccione un hospicio.</p>
<p>ATENCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS</p> <p>8 - Consultas Médicas</p>	0% de coseguro	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada consulta al médico de cabecera para los beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por el costo de cada consulta dentro de la red para asistencia urgente cubierta por Medicare, dentro de la zona de cobertura.*</p> <p>\$0 de copago por cada consulta a un médico especialista para los</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		beneficios cubiertos por Medicare.*
9 - Servicios quiroprácticos	<p>La atención complementaria de rutina no está cubierta.</p> <p>0% de coseguro por manipulación manual de la columna para corregir una semiluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo), si la realiza un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la columna para corregir una semiluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo), si la realiza un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
10 - Servicios de podología	<p>La atención complementaria de rutina no está cubierta.</p> <p>0% de coseguro para cuidado de los pies necesario por razones médicas, incluido el cuidado por condiciones médicas que afectan los miembros inferiores.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por beneficios de podología cubiertos por Medicare.*</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado de los pies necesario por razones médicas.</p>
11 - Servicios de salud mental para pacientes	0% de coseguro para la mayoría de los servicios de	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
externos	<p>salud mental para pacientes externos.</p> <p>0% de coseguro del monto aprobado por Medicare, para cada servicio que reciba de un profesional calificado como parte de un Programa de Hospitalización Parcial.</p> <p>Un “Programa de Hospitalización Parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes externos, que es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en un hospital.</p>	<p>autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de salud mental cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por cada consulta a un psiquiatra cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por servicios de un programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.*</p>
12 - Atención de abuso de sustancias para pacientes externos	0% de coseguro	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por consultas cubiertas por Medicare.*</p>
13- Servicios/cirugía para pacientes externos	<p>0% de coseguro por los servicios del médico</p> <p>0% de coseguro por los servicios del centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico para pacientes externos cubierta</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		<p>por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un centro de atención para pacientes externos cubierta por Medicare.*</p>
<p>14 - Servicios de ambulancias</p> <p>(servicios de ambulancias necesarios por razones médicas)</p>	<p>0% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>
<p>15 - Atención de Emergencia</p> <p>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia).</p>	<p>0% de coseguro por los servicios del médico</p> <p>0% de los servicios hospitalarios de emergencias para pacientes externos.</p> <p>Sin cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>\$0 de copago por visitas a salas de emergencia cubiertas por Medicare.*</p> <p>Sin cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas. Contacte al plan para obtener más detalles.</p>
<p>16 - Atención médica urgente</p> <p>(NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos se requiere fuera del área de servicios).</p>	<p>0% de coseguro</p> <p>SIN cobertura fuera de los E.E. U.U., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>\$0 de copago por visitas para atención de urgencia cubiertas por Medicare.*</p>
<p>17 - Servicios de rehabilitación para pacientes externos (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del</p>	<p>0% de coseguro</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Puede haber límites en los</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
habla y del lenguaje)		<p>servicios de terapia física, ocupacional, y de patologías del habla y lenguaje.</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia física o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.*</p>
<p>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES EXTERNOS</p> <p>18 - Equipo médico duradero</p> <p>(incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	0% de coseguro	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>19 - Dispositivos de prótesis</p> <p>(incluye soportes ortopédicos, prótesis, ojos artificiales, etc.)</p>	0% de coseguro	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>20 – Programa y suministros para la diabetes</p>	<p>\$0 de copago por capacitación para la autogestión de la diabetes.</p> <p>0% de coseguro por suministros para la diabetes</p> <p>0% de coseguro por calzado o</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por capacitación para la autogestión de la diabetes.*</p> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministros para el control

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership Advantage
	plantillas terapéuticos para diabéticos	de la diabetes* - Calzado o plantillas terapéuticos*
21 - Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y radiología	<p>0% de coseguro por pruebas de diagnóstico y rayos x</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio necesarios por razones médicas que solicita su médico cuando son provistos por un laboratorio certificado según CLIA (Enmiendas sobre Mejoras de Laboratorios Clínicos) y que participa en Medicare. Los servicios de diagnóstico de laboratorio se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición sospechada. Medicare no cubre la mayoría de los exámenes clínicos de rutina, como comprobar su colesterol.</p> <p>0% de coseguro para el examen digital del recto (tacto rectal) y otros servicios relacionados. Cobertura una vez por año para todos los hombres mayores de 50 años con Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de laboratorio* - Exámenes y procedimientos de diagnóstico* - Rayos X.* - Servicios de diagnóstico de radiología (sin incluir rayos X)* - Servicios terapéuticos de radiología*

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership Advantage
<p>22 – Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	<p>0% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>0% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>0% de coseguro por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se aplica para servicios del programa que se brindan en el consultorio de un médico. Los servicios del programa que se brindan en consultores externos de un hospital tienen costos compartidos especificados.</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.* - Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.* - Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.*
<p>SERVICIOS PREVENTIVOS</p> <p>23- Servicios preventivos y de bienestar y educación</p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducibles para los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea. Cubierto una vez cada 24 meses (más seguido si es necesario por razones médicas) si usted cubre determinadas condiciones médicas. - Detección de problemas cardiovasculares - Detección de cáncer cervical o vaginal. Cubierto una vez cada 2 años. Cubierto una vez por año para mujeres con 	<p>General</p> <p>\$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original con cero costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de masa ósea - Detección de problemas cardiovasculares - Detección de cáncer cervical o vaginal (prueba de Papanicolau y examen pélvico) - Detección de cáncer

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	<p>Medicare que tienen alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de cáncer colorrectal - Detección de la diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B para personas con Medicare en riesgo - Detección de VIH. \$0 de copago por la prueba de VIH, pero en general usted paga 20% del costo que aprueba Medicare por la visita al médico. La detección de VIH está cubierta para mujeres que tienen Medicare y están embarazadas y para personas con riesgo alto de infección, incluidas todas las personas que pidan la prueba. Medicare cubre esta prueba cada 12 meses o hasta tres (3) veces durante el embarazo. - Detección de cáncer de senos (mamografía). Medicare cubre las mamografías de detección una vez cada 12 meses para todas las mujeres que tienen Medicare a partir de los 40 años. Medicare cubre una mamografía de base para mujeres entre los 	<p>colorrectal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de la diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Detección de VIH - Detección de cáncer de senos (mamografía) - Servicios de terapia de nutrición médica - Servicios de prevención personalizados ofrecidos por el Plan (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Detección de cáncer de próstata (solamente por prueba de antígeno específico de la próstata (PSA)) - Educación para dejar de fumar (consejería) - Examen de bienvenida a Medicare (examen físico inicial de prevención) <p>La detección de VIH está cubierta para mujeres que tienen Medicare y están embarazadas y para personas con riesgo alto de infección, incluidas todas las personas que pidan la prueba. Medicare</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	<p>35 y 39 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de terapia de nutrición médica. La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedades renales (pero que no están en diálisis o no tienen un trasplante de riñones) cuando su médico realiza la referencia. Estos servicios pueden ser brindados por nutricionista y pueden incluir una evaluación de la nutrición y consejería para ayudarlo a controlar su diabetes o enfermedad renal - Servicios de plan de prevención personalizado (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo. Es posible que solamente necesite esta vacuna una vez en la vida. Llame a su médico para más información. - Detección de cáncer de próstata (solamente por prueba de antígeno específico de la próstata (PSA)). Cubierto una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare. - Educación para dejar de fumar (consejería). Con cobertura si lo indica su 	<p>cubre esta prueba cada 12 meses o hasta tres (3) veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para recibir más detalles.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre programas de educación complementaria y bienestar.</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	<p>médico. Incluye dos intentos de consejería en un período de 12 meses. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas personalizadas.</p> <p>- Examen de bienvenida a Medicare (examen físico inicial de prevención). Cuando se une a la Parte B de Medicare, usted tiene el nivel de elegibilidad que se indica a continuación. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede tener un examen físico de bienvenida a Medicare o una visita anual de bienestar. Después de sus primeros 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar cada 12 meses.</p>	
24 - Enfermedad y condiciones renales (de los riñones)	<p>0% de coseguro por diálisis renal</p> <p>0% de coseguro por servicios educativos sobre la enfermedad renal</p>	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por diálisis renal*</p> <p>\$0 de copago por servicios educativos para la enfermedad renal*</p>
25 - Medicamentos recetados para pacientes externos	La mayoría de los medicamentos no tienen cobertura en el plan Original de	Medicamentos con cobertura de la Parte B de Medicare

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
	<p>Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original si se une a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados, inscribiéndose en un Plan de Medicare Advantage o de un plan de Costo de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>General</p> <p>\$0 de deducible anual para medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>\$0 de copago por medicamentos para quimioterapia con cobertura de la Parte B y otros medicamentos con cobertura de la Parte B.*</p> <p>Medicamentos con cobertura de la Parte D de Medicare</p> <p>General</p> <p>Este plan utiliza un lista de medicamentos. El plan le enviará la lista. También puede ver la lista de medicamentos en Internet en www.partnershiphp.org.</p> <p>Pueden corresponder diferentes costos de bolsillo a personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - viven en centros de cuidado médico de largo plazo, <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen acceso a proveedores para indios/tribus/nativos urbanos (servicios de salud para indios americanos nativos). <p>Este plan ofrece cobertura</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership<i>Advantage</i>
		<p>nacional de recetas dentro de la red (incluye 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que pagará el mismo costo compartido de sus medicamentos recetados si los obtiene en una farmacia de la red fuera del área de cobertura del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales pagados por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para el tratamiento de su condición antes de brindarle cobertura de otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de <i>PartnershipAdvantage</i> para algunos medicamentos.</p> <p>El plan pagará algunos medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración del uso. Algunos medicamentos de venta libre son más económicos que los medicamentos recetados y</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		<p>tienen la misma eficacia.</p> <p>Contacte al plan para obtener más detalles.</p> <p>Usted deberá ir a farmacias específicas para una cantidad muy limitada de medicamentos, debido a que la mayoría de las farmacias de la red no pueden satisfacer los requerimientos especiales de manipulación, coordinación de proveedores o educación de los pacientes para estos medicamentos. Estos medicamentos están especificados en el sitio de Internet del plan, en la lista (vademécum o formulario) y en materiales impresos, además de encontrarse en el Buscador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Puede ocurrir que el costo real del medicamento sea menor que el costo compartido normal para ese medicamento. En ese caso usted pagará el costo real, no el costo compartido que es más alto.</p> <p>Si usted solicita una excepción a la lista de medicamentos recetados para un medicamento y Partnership <i>Advantage</i> la</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		<p>aprueba, usted pagará el costo compartido genérico para medicamentos genéricos y el costo compartido de marca para medicamento de marca.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial</p> <p>De acuerdo con sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>\$0 de copago para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos).</p> <p>Para el resto de los medicamentos de marca, puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago; o - \$3.30 de copago; o - \$6.50 de copago. <p><u>Período Sin Cobertura Adicional</u></p> <p>El plan cubre muchos genéricos formularios (65% a 99% de medicamentos genéricos de formulario) a través del período sin</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		<p>cobertura adicional.</p> <p>Cobertura catastrófica</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias específicas, por ejemplo, enfermedad mientras se viaja fuera del área de cobertura del plan a donde no haya farmacias de la red. Posiblemente su pago sea superior al costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, seguramente deberá pagar el costo total del medicamento en la farmacia y enviar la documentación para recibir el reintegro de parte de Partnership <i>Advantage</i>.</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red</p> <p>De acuerdo con sus ingresos y estado institucional, usted recibirá un reintegro de parte de Partnership <i>Advantage</i> que cubrirá hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>\$0 de copago para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		<p>genéricos).</p> <p>Para el resto de los medicamentos de marca comprados fuera de la red, alguno de estos valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago; o - \$3.30 de copago; o - \$6.50 de copago. <p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p> <p>Se le reembolsará el total de los medicamentos comprados fuera de la red.</p>
26 - Servicios dentales	No tienen cobertura los servicios dentales preventivos (como una limpieza).	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - exámenes bucales - hasta dos (2) limpiezas por año - tratamientos con flúor - hasta una (1) radiografía dental por año <p>El plan ofrece beneficios dentales integrales adicionales.</p>
27 - Servicios para la	Los exámenes auditivos complementarios de rutina y	Dentro de la red

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
audición	<p>los audífonos no tienen cobertura.</p> <p>0% de coseguro para los exámenes diagnósticos de la audición.</p>	<p>En general, los exámenes auditivos complementarios de rutina y los audífonos no tienen cobertura.</p> <p>\$0 de copago por exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por Medicare.*</p>
28 - Servicios para la vista	<p>0% de coseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p>Los exámenes de ojos complementarios de rutina y los anteojos no tienen cobertura.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.</p> <p>Detección anual de glaucoma con cobertura para personas en riesgo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% de copago para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.*</p> <ul style="list-style-type: none"> - y hasta un (1) examen de ojos complementario de rutina por año <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas* - hasta un (1) par de anteojos cada dos años <p>Límite de cobertura del plan de \$100, destinado a exámenes de la vista por año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$100, destinado a artículos para mejorar la visión, cada dos años.</p>
Artículos de venta libre	Sin cobertura.	<p>General</p> <p>El plan no cubre artículos de</p>

Categoría de beneficios	Medicare Original	Partnership <i>Advantage</i>
		venta libre.
Transporte (de rutina)	Sin cobertura.	<p>General</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada viaje en un solo sentido a un sitio aprobado por el plan.</p>
Acupuntura	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre la acupuntura.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS - Sección 3

Sus beneficios complementarios

Partnership*Advantage* le brinda algunos beneficios complementarios que no cubre el Plan Original de Medicare o que se encuentran limitados en Medicare Original. Para conocer los beneficios que ofrecemos consulte la tala a continuación. Posiblemente se requiera autorización previa y haya límites.

Beneficios complementarios solo para los miembros de Partnership<i>Advantage</i>:		
Beneficio	Medicare Original	Partnership<i>Advantage</i>
Beneficios dentales integrales	Los servicios dentales preventivos (como una limpieza) no tienen cobertura.	Usted paga \$0 por: - exámenes bucales - limpiezas de rutina (hasta dos (2) por año) - Tratamientos con flúor - Empastes - Extracciones dentales - Cirugía bucal - Coronas y puentes fijos - Dentaduras Algunos de estos procedimientos requieren autorización previa. Por favor comuníquese con el plan para información sobre las limitaciones y exclusiones.
Cobertura de medicamentos recetados	La mayoría de los medicamentos no tienen cobertura en el plan Original de Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener	Usted paga: - \$0 para medicamentos genéricos De acuerdo con sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente por medicamentos de marca: • \$0 de copago • \$3.30 de copago; o • \$6.50 de copago

	toda su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados, inscribiéndose en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Costo de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.	
Beneficios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos. • Exámenes de rutina no cubiertos • Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas. • Detección anual de glaucoma con cobertura para personas en riesgo. 	<p>Usted paga \$0 por:</p> <p>El beneficio de Medicare Original, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un (1) par de anteojos cada dos años • Límite de \$100, destinado a artículos para mejorar la vista, cada dos años. • Límite de \$100, por un examen de los ojos de rutina por año
Transporte hospitalario que no es de emergencia	Sin cobertura	<p>Usted paga \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte hospitalario que no es de emergencia desde/hacia servicios médicos cubiertos. • El servicio de transporte debe ser brindado por un proveedor de transporte contratado. • La cobertura se limita a \$1,000.00 por año de beneficios. • Se necesita autorización previa.
Evaluación de la seguridad/Adaptación del hogar	Sin cobertura	<p>Usted paga \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del cuarto de baño para colocar barras de seguridad. • Si el asesor determina que es necesario a causa de enfermedad o estado físico del afiliado, el

		<p>costo de las barras y de la instalación se encuentra cubierto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado. • Este beneficio se limita a \$1,000.00 por año de beneficios. • Se necesita autorización previa.
--	--	--

Puede obtener ayuda adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina de Seguridad Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medi-Cal (Medicaid) de su condado.

Sus protecciones en los costos compartidos

- Las personas beneficiarias de Medi-Cal de alcance total reciben los beneficios con cobertura de Medi-Cal sin ningún costo compartido.
- Si recibe un beneficio que no tiene cobertura bajo *PartnershipAdvantage*, pero está cubierto por Medi-Cal usted no tiene que pagar ningún costo compartido.
 - No es necesario que haga nada para recibir sus beneficios de Medi-Cal, ya que *Partnership HealthPlan of California* se ocupa de coordinar sus beneficios Medi-Cal y Medicare.
- Si recibe algún beneficio que no tiene cobertura bajo *PartnershipAdvantage* o Medi-Cal, usted puede ser responsable del pago de dicho servicio.
 - Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de su Constancia de Cobertura para comprobar los beneficios que tienen cobertura de *PartnershipAdvantage*.
 - Consulte el Capítulo 4, Sección 3 para verificar los beneficios que están excluidos de su cobertura de *PartnershipAdvantage*.
 - Para averiguar cuales beneficios tienen cobertura de su PHC Medi-Cal, consulte el Manual de Servicios para los Afiliados.

- Llame al Departamento de Servicios para miembros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 de este documento, si tiene alguna pregunta sobre cuales servicios tienen cobertura o cuales están excluidos.

Qué ocurre cuando usted pierde su cobertura de Medi-Cal

Como miembro de *PartnershipAdvantage* usted solamente es responsable de los costos detallados en la Constancia de Cobertura de *PartnershipAdvantage*.

Si usted pierde su cobertura de Medi-Cal o cambia por una cobertura de Medi-Cal con costos compartidos (Share of Cost - SOC), puede seguir en *PartnershipAdvantage* hasta un máximo de dos (2) meses a partir del mes siguiente a aquel en que perdió su cobertura Medi-Cal de alcance total.

Durante estos dos (2) meses, también llamados “período de gracia”, usted seguirá teniendo acceso a todos los servicios que se incluyen en la Constancia de Cobertura de *PartnershipAdvantage*. Sin embargo, no estarán cubiertos los servicios que solo cubre Medi-Cal (los que no tienen cobertura de Medicare), y usted será financieramente responsable de esos servicios, a menos que recupere su nivel de elegibilidad para recibir Medi-Cal de alcance total. Si usted no recupera los beneficios de Medi-Cal de alcance total dentro de los dos (2) meses, su afiliación será terminada el primer día del tercer mes a partir del momento en el que perdió Medi-Cal de alcance total.

RESUMEN DE BENEFICIOS - Sección 4

Cómo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal trabajan juntos en PartnershipAdvantage

Los miembros de PartnershipAdvantage reciben el beneficio de tener un plan de salud que gestiona sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Lea la siguiente información sobre sus protecciones en PartnershipAdvantage:

Beneficios cubiertos

- Su Evidencia de cobertura de PartnershipAdvantage incluye una lista de beneficios que están excluidos, y que no tienen cobertura ni de Medicare ni de PartnershipAdvantage.
- Su manual de miembro del Partnership HealthPlan of California (para Medi-Cal) incluye una lista de beneficios adicionales de Medi-Cal que puede seguir recibiendo, inclusive si esos beneficios no tienen cobertura de Medicare ni de PartnershipAdvantage.
- Si necesita otra copia del Manual para miembros de PHC, llame al Departamento de Servicios para miembros al final de este resumen de beneficios.

A continuación se detallan los servicios que cubre Medi-Cal y que usted puede recibir en este plan. Llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros o lea su Manual para miembros del Partnership HealthPlan of California si desea obtener más detalles de los beneficios que cubre Medi-Cal.

ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL) BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES		
Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de PartnershipAdvantage
1. Servicios hospitalarios para pacientes internos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
2. Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
3. Servicios de cuidado de la salud en zonas rurales	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
4. Servicios de centros de salud calificados por el Gobierno Federal	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
5. Servicios de laboratorio	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
6. Rayos X	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
7. Cuidados en centros de enfermería especializada para mayores de 21 años - cuidados subagudos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
8. Cuidados en centros de enfermería pediátrica para menores de 21 años - Servicios subagudos (servicios complementarios de detección periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
9. Servicios y suministros de planificación familiar	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
10. Servicios de médicos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
11. Servicios dentales médicos y quirúrgicos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
12. Servicios de oftalmología	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
13. Servicios de podología*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
14. Servicios de optometría	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
15. Servicios quiroprácticos*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
16. Servicios de psicología*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
17. Servicio de enfermero anestesista	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
18. Servicios de óptico o laboratorio de óptica*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
19. Suministros médicos (no incluyen cremas y enjuagues para la incontinencia)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
20. Cremas y enjuagues para la incontinencia*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
21. Equipo médico duradero	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
22. Aparatos auditivos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
23. Fórmula de nutrición enteral	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
24. Servicios de acupuntura*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
25. Servicios de comadrona (partera) certificada	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
26. Servicios de salud a domicilio a través de una agencia de atención de la salud a domicilio (incluidos servicios de enfermería y auxiliares a domicilio, terapia física y ocupacional, servicios para patologías del habla y de audiolología, enfermería intermitente, cuidados de la salud a domicilio, suministros, equipos y artefactos médicos)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
27. Terapia física y otros servicios relacionados	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
28. Centros de rehabilitación	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
29. Enfermería privada (excepciones solamente)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
30. Clínicas (dispensario organizado, servicios de salud para indios americanos nativos, centros de maternidad alternativos, centros de cirugía ambulatoria)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
31. Servicios dentales*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
32. Terapia ocupacional	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
33. Terapias del habla/patologías del habla*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
34. Servicios de audiología*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
35. Servicios de farmacia y medicamentos recetados	\$0 de copago por medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
36. Dentaduras*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
37. Prótesis (dispositivos ortóticos) y prótesis oculares	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
38. Lentes y otros dispositivos para la vista*	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
39. Programa de servicios perinatales integrales (servicios preventivos)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
40. Centro diurno de cuidados médicos para adultos	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
41. Servicios crónicos de diálisis	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
42. Servicios de rehabilitación (centro diurno de cuidados médicos para adultos, diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes externos, rehabilitación de salud mental, centros de rehabilitación de drogadicción de Medi-Cal e independientes).	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
43. Centros de salud mental (para menores de 21 años y mayores de 65 años, incluida la atención psiquiátrica para pacientes internos).	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal) en los condados de Napa y Yolo. \$0 de copago en el condado de Solano.
44. Centros de salud de atención intermedia	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
45. Enfermera comadrona (enfermera partera)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
46. Hospicio (centro de cuidados de soporte para pacientes con enfermedad en etapa terminal)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
47. Servicios para la tuberculosis	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
48. Cuidados respiratorios para pacientes dependientes de un respirador mecánico	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
49. Enfermera (o) practicante de familia	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
50. Cuidados a domicilio y comunitarios para adultos mayores con discapacidad funcional (excepciones solamente)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
51. Programa comunitario para asistencia en el hogar (excepciones solamente)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
52. Servicios para el cuidado personal	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)
53. Hospital rural de atención primaria	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
54. Centros de salud de carácter no médico	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
55. Servicios de emergencias hospitalarias	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
56. Transporte (el estado proporciona transporte médico para emergencias y no emergencias. Cumple con los requisitos federales que exigen asegurar el transporte hacia servicios necesarios por razones médicas)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
57. Servicios para mujeres embarazadas que tratan una condición que puede tener impacto en la mujer o en su feto (no se establece específicamente como un beneficio pero es una previsión obligatoria según las normas federales)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
58. Servicios de consejero matrimonial y familiar (servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento, y excepciones solamente)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
59. Servicios de trabajador social clínico certificado (servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento, y excepciones solamente)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
60. Administración de casos médicos (servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento, y solo por pago eximido)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid

**ESTADO DE CALIFORNIA
PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD
DUAL (MEDICARE Y MEDICAID) BENEFICIARIES**

Categoría de beneficios	Medicaid (Medi-Cal)	Beneficios de Partnership Advantage
61. Servicios de agencias de enfermería privadas (servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento, y solo por pago eximido)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
62. Servicios de proveedores de enfermeras individuales (servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento, y solo por pago eximido)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
63. Servicios de carácter no médico (solo por pago eximido)	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago a través del pago por servicio de Medicaid (Medi-Cal)

*La legislación promulgada en julio de 2009 agregó que la Sección 14131.10 del Código de Asistencia Social e Instituciones excluye a varias categorías de beneficios opcionales de la cobertura bajo el programa Medi-Cal. Los beneficios opcionales indicados se encuentran excluidos de cobertura bajo el programa Medi-Cal a partir del 1° de julio de 2009. La política de exclusión de beneficios opcionales no se aplica a los siguientes beneficiarios:

1) beneficiarios menores de 21 años de edad para servicios prestados en conformidad al Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnosis, y Tratamiento (EPSDT, por su siglas en inglés); 2) beneficiarios que residan en centros de enfermería especializada (Establecimientos de enfermería Nivel A y Nivel B, incluidos los establecimientos de atención subaguda); 3) beneficiarias que están embarazadas (beneficios y servicios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar condiciones que si no se tratan pueden causar dificultades en el embarazo); 4) beneficiarios del programa California Children's Services (Servicios Infantiles de California); y 5) beneficiarios inscritos en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos). La mayor parte de los reclamos por servicios de beneficios opcionales excluidos que haya facturado un médico o grupo de médicos serán reembolsables después del 1° de julio de 2009. Sin embargo, estos reclamos serán rechazados si el proveedor que brindó el servicio no es un médico, sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. En el sitio de Internet del Departamento de Servicios de Salud de California www.dhcs.ca.gov encontrará más información disponible sobre la reducción en los beneficios y servicios que resultan afectados por esta nueva legislación.

Acerca de PHC

Desde 1994, la misión de Partnership HealthPlan of California ha sido brindar a nuestros miembros el acceso a servicios de atención de la salud de calidad. Con el desarrollo de nuestro programa Partnership*Advantage*, ahora podemos extender nuestros servicios a individuos que califiquen y que tengan cobertura de Medicare y PHC Medi-Cal.

Inscripción en Partnership*Advantage*

Partnership*Advantage* ha sido diseñado específicamente para personas que satisfacen las condiciones para tener PHC Medi-Cal y Medicare.

Usted puede calificar para Partnership*Advantage* si recibe Medi-Cal con cobertura completa sin costos compartidos, y también tiene la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) de Medicare.

Llame a nuestro Departamento de Mercadeo al número gratis 866-249-9933, para obtener información adicional sobre las condiciones que debe satisfacer para afiliarse a Partnership*Advantage*.

Servicio al Cliente

Partnership*Advantage* cuenta con personal entrenado para asistirlo de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Nuestro personal lo ayudará con cualquier pregunta o problema que usted tenga relacionado con sus recetas médicas y el resto de los servicios de atención médica.

Estamos a sus órdenes para asistirlo con sus necesidades de cuidado de la salud.

Descargos de responsabilidad:

Si tiene cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor llame a la línea gratuita de Partnership*Advantage* al 866-264-3626. Si usted tiene discapacidad auditiva o del habla, puede usar el servicio de retrasmisión de voz del estado de California llamando al 800-735-2929.

Partnership HealthPlan of California es una organización Medicare Advantage con contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal de California.

Este plan se encuentra disponible para cualquier residente de los condados de Solano, Napa o Yolo que tenga Medi-Cal con cobertura completa a través de Partnership HealthPlan of California y Medicare.

Usted debe de continuar pagando su prima de Parte B. La prima de la Parte B es cubierta para miembros del Estado de California con doble-cobertura.

Lo beneficios, los copagos, la red de proveedores, la red de farmacias y la lista de medicamentos cambian al comienzo de cada año. Para obtener más detalles comuníquese con Partnership*Advantage*.

Para obtener información completa sobre los beneficios de Partnership HealthPlan of California, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al número de teléfono que se detalla más arriba.

Este aviso está disponible en otros formatos e idiomas. Para recibir este aviso en otro formato o idioma por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-264-3626, TTY 1-800-735-2929, los siete días de la semana.

H5782 PHC_1001_12SB_001_S CMS Approved 09/19/2011