



## **RESUMEN DE BENEFICIOS**

# **Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)**

R5674-001

CMS Approval Date: 08/23/2010 Material ID: R5674\_001\_41NVSHL09244RS

# **Introducción al resumen de beneficios del Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

Gracias por su interés en Sierra Nevada Spectrum (PPO regional). Nuestro plan lo ofrece SIERRA HEALTH AND LIFE INSURANCE COMPANY, INC., una Organización de Proveedor Preferencial (PPO) de Medicare Advantage. Este Resumen de Beneficios le informa sobre algunas características de nuestro plan. No lista todos los servicios que cubrimos, ni lista todas las limitantes o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llame a Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

## **Tiene opciones para su atención médica**

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Original de Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan médico de Medicare, como el Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO). También podría tener otras opciones. Usted elige. Independientemente de su decisión, sigue perteneciendo al Programa Medicare.

Podría hacerse miembro de un plan o dejarlo sólo en ciertos momentos. Por favor llame a Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) al número listado al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir más información. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben 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?**

Puede comparar el Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) y el Plan Original de Medicare usando este Resumen de Beneficios. Las tablas en este folleto listan algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, puede ver lo que nuestro plan cubre y lo que el Plan Original de Medicare cubre. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que el Plan Original de Medicare ofrece. También ofrecemos más beneficios, los cuales pueden cambiar de un año a otro.

## **¿Dónde está disponible el Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)?**

El área de servicio para este plan incluye: Nevada. Debe vivir en esta área para hacerse miembro del plan.

## **¿Quién es elegible para hacerse miembro de Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)?**

Puede hacerse miembro de Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO) si tiene derecho a recibir el Medicare Parte A, está inscrito en el Medicare Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con enfermedad renal en etapa terminal generalmente no son elegibles para inscribirse en el Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que se inició su diálisis.

# **Introducción al resumen de beneficios del Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

## **¿Puedo elegir a mis médicos?**

Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede usar cualquier médico que sea parte de nuestra red. También puede consultar con médicos fuera de nuestra red. Los proveedores de atención médica en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un Directorio de Proveedores actual o una lista actualizada. Visítenos en [www.sierranevadaspectrum.com](http://www.sierranevadaspectrum.com). Nuestro número de servicio al cliente se encuentra al final de esta presentación.

## **¿Qué sucede si voy con un médico que no está en su red?**

Puede consultar con médicos, especialistas u hospitales ya sea dentro o fuera de la red. Podría tener que pagar más por servicios que recibe fuera de la red, y podría tener que seguir reglas especiales antes de recibir servicios dentro y/o fuera de la red. Para recibir más información, por favor llame al número de servicio al cliente indicado al final de esta introducción.

## **¿Mi plan cubre medicamentos de Medicare Parte B o Parte D?**

Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) cubre medicamentos con receta de Medicare de ambas, Parte B y Parte D.

## **¿Dónde puedo obtener mis recetas si me hago miembro de este plan?**

Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) ha formado una red de farmacias. Usted debe usar una farmacia de la red para recibir beneficios del plan. Podríamos no pagar por sus recetas si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en [www.sierranevadaspectrum.com](http://www.sierranevadaspectrum.com). Nuestro número de servicio al cliente se encuentra al final de esta introducción.

## **¿Qué es un formulario de medicamento con receta?**

Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) usa un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Periódicamente podemos agregar, eliminar o hacer cambios a los límites de cobertura para ciertos medicamentos, o también cambiar cuánto paga por un medicamento. Si hacemos cualquier cambio al formulario que limita la capacidad de nuestros miembros para surtir sus recetas, notificaremos a los miembros afectados antes de hacer el cambio. Le enviaremos un formulario y también puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web [www.sierranevadaspectrum.com](http://www.sierranevadaspectrum.com).

## **Introducción al resumen de beneficios del Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

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

### **¿Cómo puede recibir ayuda extra con los costos del plan de medicamentos con receta?**

Podría obtener ayuda extra para pagar las primas y costos de sus medicamentos con receta. Para ver si cumple con los requisitos para obtener ayuda extra, llame a:

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

### **¿Cuáles son mis protecciones en este plan?**

Todos los Planes Medicare Advantage acuerdan mantenerse en el programa durante todo un año. Cada año, los planes deciden si continúan otro año. Incluso si un Plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, éste debe enviarle una carta al menos 60 días antes que finalice su cobertura. La carta explicará sus opciones de cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO), tiene el derecho de solicitar una determinación de organización, la cual incluye el derecho de interponer una apelación si rechazamos cobertura por un artículo o servicio, así como el derecho de interponer una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si desea que proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que cree debe cubrirse. Si rechazamos cubrir su artículo o servicio solicitado, tiene el derecho de apelar y solicitarnos que evaluemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación o apelación de cobertura de forma expedita (rápida) si cree que el esperar una decisión podría poner su vida o salud en riesgo, o afectar su capacidad de recuperar una máxima funcionalidad. Si su médico hace o respalda la solicitud expedita, debemos expedir nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de interponer una queja ante nosotros si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red que no afecte la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema afecta la calidad del servicio, también tiene el derecho de interponer una queja con la Organización de Mejora en la Calidad (QIO) de su estado, con Health Insight, (702) 385-9933, o llamando de forma gratuita al (800) 748-6773.

Como miembro de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO), tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de

## **Introducción al resumen de beneficios del Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

interponer una apelación si rechazamos la cobertura de un medicamento con receta, así como el derecho de interponer una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento Parte D que cree debe cubrirse. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos bajo cobertura, o si cree que debe obtener un medicamento no preferencial a un costo más bajo de bolsillo. También puede solicitar una excepción a las reglas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar surtir su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración para respaldar su solicitud de excepción. Si rechazamos cubrir su(s) medicamento(s) con receta, tiene el derecho de apelar y solicitarnos que evaluemos nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de interponer una queja si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red que no involucre la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema involucra la calidad del servicio, también tiene el derecho de interponer una queja con la Organización de Mejora en la Calidad (QIO) de su estado, con Health Insight, (702) 385-9933, o llamando de forma gratuita al (800) 748-6773.

### **¿Qué es un Programa de Control de Terapia con Medicamentos (MTM)?**

Un Programa de Control de Terapia con Medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que podríamos ofrecer. Se le podría invitar a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede decidir no participar, pero se recomienda que aproveche totalmente este servicio cubierto si se le selecciona. Comuníquese con Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) para recibir más información.

### **¿Qué tipos de medicamentos pueden cubrirse bajo el Medicare Parte B?**

Algunos medicamentos con receta para pacientes ambulatorios pueden cubrirse bajo el Medicare Parte B. Estos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) para recibir más información.

- Algunos antígenos: si los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (epoetin alfa o Epogen®): por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para hemofílicos: factores de coagulación auto-administrados si padece hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados como servicio médico.

## **Introducción al resumen de beneficios del Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

- Medicamentos inmunosupresores: terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes si el trasplante lo pagó Medicare, o un seguro particular como pagador primario de su cobertura Medicare Parte A, en una institución certificada por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales anti-náusea: si usted parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión proporcionados como DME (Equipo Médico Duradero).

### **Calificaciones de los planes**

El programa Medicare califica qué tan bien los planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificaciones de pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Compare Medicare Prescription Drug Plans” o “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente al (877) 559-4512 para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al (800) 349-3538

Por favor llame a Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. para recibir más información sobre  
Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO).

Visítenos en [www.sierranevadaspectrum.com](http://www.sierranevadaspectrum.com) o llámenos:

Horario de servicio al cliente:  
Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado,  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico

Los miembros actuales deben llamar al número gratuito (877) 559-4512 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.  
(TTY/TDD) (800) 349-3538

Los futuros miembros deben llamar al número gratuito (800) 274-6648 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.  
(TTY/TDD) (800) 349-3538

**Introducción al resumen de beneficios del  
Sierra Nevada Spectrum Plan (Regional PPO)**

**1° de enero de 2010 – 21 de diciembre de 2010  
Nevada**

Los miembros actuales deben llamar al número local (702) 562-8021 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.  
(TTY/TDD) (702) 242-9214)

Los futuros miembros deben llamar al número local (702) 821-2300 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.  
(TTY/TDD) (702) 242-9214)

Para recibir más información sobre Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite la página web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
-------------------------	-------------------	---------------------------------------

<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<p>1 – Prima y otra información importante</p>	<p>En 2010, la prima mensual de la Parte B es de \$96.40, y el deducible anual de la Parte B es de \$155.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, a partir del 1° de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para recibir más información sobre las primas Parte B basadas en ingresos, llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p><b>General</b> Prima mensual del plan de \$12.40, además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de \$4,000 en gastos de bolsillo.</p> <p>Se incluyen todos los servicios del plan.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de \$9,500 en gastos de bolsillo.</p> <p><b>En la red:</b> Este límite incluye sólo los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Este límite incluye sólo los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>2 – Elección del médico y hospital (Para más información, ver Emergencias - #15 y Atención de Urgencia - #16.)</p>	<p>Puede consultar con cualquier médico, especialista u hospital que acepta Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> No se requiere una derivación para médicos, especialistas y hospitales de la red</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
-------------------------	-------------------	---------------------------------------

<b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b>		
<b>INTENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>		
<p>3 – Atención a pacientes hospitalizados (Incluye abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada periodo<sup>(3)</sup> de beneficio son:  Días 1 - 60: deducible de \$1,100  Días 61 - 90: \$275 al día  Días 91 - 150: \$550 por cada día de reserva de por vida.<sup>(4)</sup></p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir información sobre los días de reserva de por vida.<sup>(4)</sup></p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Por hospitalizaciones cubiertas por Medicare:  Días 1 - 6: \$175 de copago al día  Días 7 - 90: \$0 de copago al día  \$0 de copago por días adicionales de hospitalización  No hay límite en el número de días cubiertos por el plan en cada periodo de beneficio.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que usted va a ser hospitalizado.</p> <p><b>Fuera de la red</b>  Por hospitalizaciones:  Días 1 - 5: \$275 de copago al día  Días 6 - 90: \$0 de copago al día</p>
<p>4 – Atención médica mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>El mismo deducible y copago que la atención a pacientes hospitalizados (ver arriba “Atención a Pacientes Hospitalizados”).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Por hospitalizaciones cubiertas por Medicare:  Días 1 - 6: \$175 de copago al día  Días 7 - 90: \$0 de copago al día  \$0 de copago por días adicionales de hospitalización</p> <p>Comuníquese con el plan para recibir más información sobre cobertura en un hospital psiquiátrico más allá de los 190 días.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan</p>

<sup>3</sup> El “periodo de beneficios” se inicia el día que ingresa a un hospital o a una institución de enfermería especializada. Finaliza cuando usted pasa más de 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después que un periodo de beneficios ha finalizado, entonces se inicia un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización en cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.

<sup>4</sup> Los días de reserva sólo pueden usarse una vez.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>que usted va a ser hospitalizado.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Por hospitalizaciones:                      Días 1 - 5: \$275 de copago al día                      Días 6 - 90: \$0 de copago al día</p>
<p>5 – Institución de enfermería especializada (SNF)                      (Una institución de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada periodo<sup>(3)</sup> de beneficio, después de una estadía hospitalaria cubierta de al menos 3 días, son:                      Días 1 - 20: \$0 al día                      Días 21 - 100: \$137.50 al día                      100 días por cada periodo de beneficio<sup>(3)</sup>.</p>	<p><b>General</b>                      Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b>                      Por estadías en una SNF:                      Días 1 - 10: \$0 de copago al día                      Días 11 - 100: \$50 de copago al día</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada periodo de beneficio.</p> <p>Se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      40% del costo por cada estadía en una SNF.</p>
<p>6 – Atención médica en el hogar                      (Incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p><b>General</b>                      Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 por consultas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      40% por consultas de atención médica en el hogar.</p>

<sup>3</sup> Un “periodo de beneficios” inicia el día que ingresa a un hospital o a una institución de enfermería especializada. Finaliza cuando usted pasa más de 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después que un periodo de beneficios ha finalizado, entonces inicia un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización en cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
7 – Centro para enfermos desahuciados	<p>Usted paga parte del costo por los medicamentos del paciente ambulatorio y por la atención de relevo del paciente hospitalizado.</p> <p>Debe recibir atención médica de un centro para enfermos desahuciados certificado por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir atención médica de un centro para enfermos desahuciados certificado por Medicare.</p>

<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>		
8 – Visitas al consultorio médico	Seguro compartido de 20%. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Ver “Exámenes físicos” para más información.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 en cada consulta de atención primaria por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 en cada consulta de urgencia cubierta por Medicare, dentro del área y de la red.</p> <p>Copago de \$35 en cada consulta con un especialista por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$20 en cada consulta de atención primaria.</p> <p>Copago de \$40 en cada consulta con un especialista.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
9 – Servicios de un quiropráctico	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>Seguro compartido del 20% por la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.<sup>(1)(2)</sup></p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 en cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Las consultas con un quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios para un quiropráctico.</p>
10 – Servicios podiátricos	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>Seguro compartido del 20% por cuidados de los pies médicamente necesarios, incluyendo atención por condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.<sup>(1)(2)</sup></p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 en cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por hasta 6 consultas de rutina cada año</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidados de los pies médicamente necesarios.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios de podiatría.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		(Ver la página 31 para más información sobre Servicios de Podiatría.)
11 – Atención médica mental ambulatoria	Seguro compartido del 45% para la mayoría de los servicios ambulatorios de salud mental. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 en cada consulta individual o terapia grupal cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios de salud mental.</p> <p>Copago de \$40 por beneficios de salud mental con un psiquiatra.</p>
12 – Atención ambulatoria para abuso de sustancias	Seguro compartido de 20%. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 por consultas individuales o grupales cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios de abuso de sustancias cubiertos para pacientes ambulatorios.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
13 – Servicios/cirugía ambulatoria	Seguro compartido del 20% por el médico. <sup>(1)(2)</sup> 20% de cargos de la institución por servicios ambulatorios. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$100 en cada consulta de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$150 en cada consulta hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% del costo por beneficios quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>20% del costo por beneficios hospitalarios ambulatorios.</p>
14 – Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$100 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$100 (o 40% del costo) por beneficios de ambulancia.</p> <p>(Ver páginas 31-32 para información adicional sobre Servicios de Ambulancia)</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
<p>15 – Atención de emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si razonablemente cree que necesita atención de emergencia.)</p>	<p>Seguro compartido del 20% por el médico. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>20% de cargos de la institución, un copago establecido por cada visita a la sala de emergencias. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>No necesita pagar el copago de la sala de emergencias si se le interna en el hospital debido a la misma condición hasta 3 días después de visitar la sala de emergencias. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$50 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura alrededor del mundo.</p>
<p>16 – Atención necesaria urgentemente (NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, es fuera del área de servicio.)</p>	<p>Seguro compartido del 20%, o un copago establecido. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$40 por visitas de atención necesaria urgentemente cubierta por Medicare.</p>
<p>17 – Servicios de rehabilitación ambulatorios (terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje y el habla)</p>	<p>Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup></p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por consultas de terapia física y/o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios de terapia ocupacional. Copago de \$40 por consultas de</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
-------------------------	-------------------	---------------------------------------

		terapia física y/o del habla/lenguaje.
--	--	--

**SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS**

18 – Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo del equipo médico duradero.</p>
19 – Prótesis (Incluye soportes ortopédicos, miembros y ojos artificiales, etc.)	Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo por prótesis.</p>
20 – Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros (Incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, evaluaciones y capacitación para auto-administración)	Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup>  La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y las remite un médico. Estos servicios puede proporcionarlos un nutriólogo registrado o incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$35 por capacitación de autocontrol de la diabetes.  Copago de \$10 a \$35 por terapia nutricional para la diabetes.  0% al 20% del costo por los suministros para la diabetes.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo por terapia</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>nutricional para la diabetes.</p> <p>30% del costo por los suministros para la diabetes.</p> <p>Copago de \$40 por capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p>(Ver la página 32 para información adicional sobre capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros.)</p>
<p>21 – Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Seguro compartido del 20% por pruebas de diagnóstico y rayos X.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios de laboratorio médicamente necesarios para diagnósticos, ordenados por su médico, cuando los proporciona un laboratorio certificado por las Enmiendas para Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA) y que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio para diagnósticos se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o eliminar una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de las evaluaciones de rutina, como la medición del colesterol.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo de servicios de radiología para diagnósticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del costo de servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo de</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio para diagnósticos.</p> <p>30% del costo de servicios de radiología terapéutica.</p> <p>30% del costo de rayos X ambulatorios.</p> <p>30% del costo de servicios de radiología para diagnósticos.</p>
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<p>22 – Medición de densidad ósea (Para personas con Medicare que no están en riesgo)</p>	<p>Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si cumple con ciertas condiciones médicas.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 por mediciones de densidad ósea cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo de mediciones de densidad ósea cubiertas por Medicare.</p>
<p>23 – Exámenes para evaluaciones coloretcales (Para personas a partir de los 50 años con Medicare)</p>	<p>Seguro compartido del 20%. <sup>(1)(2)</sup></p> <p>Se cubre cuando está en un alto riesgo o a partir de los 50 años.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 a \$150 (o 20% del costo) por evaluaciones coloretcales cubiertas por Medicare.</p> <p>Puede aplicar un copago de \$10 como contribución al costo por una consulta por separado.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>Copago de \$20 a \$40 por evaluaciones coloproctales.</p> <p>20% al 30% del costo por las evaluaciones coloproctales.</p> <p>(Ver páginas 33 para información adicional sobre los exámenes para evaluaciones coloproctales.)</p>
<p>24 – Inmunizaciones (vacuna contra la gripa, vacuna contra la hepatitis B: para personas con Medicare que están riesgo, vacuna contra neumonía)</p>	<p>Copago de \$0 por vacunas contra la gripa y neumonía.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Seguro compartido del 20% por la vacuna contra la hepatitis B.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Podría necesitar la vacuna contra la neumonía sólo una vez en toda su vida. Llame a su médico para solicitar más información.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por vacunas contra la gripa y neumonía.</p> <p>Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B.</p> <p>No se necesita una derivación para recibir las vacunas contra la gripa y neumonía.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$20 a \$40 por inmunizaciones.</p> <p>(Ver la página 33 para información adicional sobre inmunizaciones.)</p>
<p>25 – Mamografías (evaluación anual) (Para mujeres a partir de los 40 años con Medicare)</p>	<p>Seguro compartido del 20%.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>No se necesita una derivación.</p> <p>Se cubre una vez al año para todas las mujeres a partir de los 40 años con Medicare. Se cubre una mamografía de referencia para las mujeres de 35 a 39 años con Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por mamografías de evaluación cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo por mamografías de evaluación.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
26 – Papanicolaou y exámenes pélvicos (Para mujeres con Medicare)	<p>Copago de \$0 por Papanicolaou.</p> <p>Se cubre una vez cada 2 años. Se cubre una vez al año para mujeres con Medicare y en un alto riesgo.<sup>(2)</sup></p> <p>Seguro compartido del 20% para exámenes pélvicos.<sup>(1)(2)</sup></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$20 a \$40 por Papanicolaou y exámenes pélvicos.</p> <p>(Ver página 33 para información adicional sobre el Papanicolaou y exámenes pélvicos.)</p>
27 – Exámenes de evaluación para cáncer de próstata (Para hombres a partir de los 50 años con Medicare)	<p>Seguro compartido del 20% para examen rectal digital.<sup>(2)</sup></p> <p>\$0 para la prueba PSA; 20% de seguro compartido para otros servicios relacionados.<sup>(2)</sup></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por evaluaciones de cáncer de próstata cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$20 a \$40 por evaluación de cáncer de próstata.</p> <p>(Ver página 33 para información adicional sobre los exámenes de evaluación para cáncer de próstata.)</p>
28 – Enfermedad renal en etapa terminal	<p>Seguro compartido del 20% para diálisis renal.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Seguro compartido del 20% para terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y las remite un médico. Estos servicios puede proporcionarlos un nutriólogo</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo de diálisis renal.</p> <p>Copago de \$10 a \$35 por terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% del costo por terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
	registrado o incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.	20% del costo de diálisis renal.  (Ver la página 34 para información adicional sobre enfermedad renal en etapa terminal.)
29 – Medicamentos con receta	La mayoría de los medicamentos no los cubre el plan Medicare Original. Puede agregar una cobertura de medicamentos con receta al Medicare Original al hacerse miembro de un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos con receta, al hacerse miembro de un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrecen cobertura para medicamentos con receta.	<p><b>Medicamentos cubiertos bajo el Medicare Parte B</b></p> <p><b>General</b> 20% del costo de medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B, y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>20% del costo por medicamentos de la Parte B fuera de la red.</p> <p><b>Medicamentos cubiertos bajo el Medicare Parte D</b></p> <p><b>General</b> Este plan usa un formulario.</p> <p>El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio web <a href="http://www.sierranevadaspectrum.com">www.sierranevadaspectrum.com</a></p> <p>Pueden aplicarse diferentes gastos de bolsillo a personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tiene ingresos limitados,</li> <li>-viven en instalaciones de atención a largo plazo, o</li> <li>-tiene acceso a servicios para indios americanos/tribus/urbanos</li> </ul>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>(Servicio de Salud para Indios Americanos).</p> <p>Su cobertura de recetas dentro de la red puede limitarse al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera de su área de servicio, podría tener que pagar el costo total de su receta. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los obtiene en una farmacia fuera de la red, aunque podría tener que pagar cargos adicionales. Comuníquese con el plan para recibir más información.</p> <p>Los costos totales de medicamentos son los costos totales pagados tanto por usted, como por el plan.</p> <p>El plan puede requerirle que primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para dicha condición.</p> <p>Algunos medicamentos son de cantidad limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener una autorización previa de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Debe ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos debido a requisitos para estos medicamentos que no pueden satisfacer la mayoría de las farmacias en nuestra red, como control especial, coordinación del proveedor o educación del</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>paciente. Estos medicamentos están listados en el sitio web del plan, formulario y materiales impresos, así como en la Guía de Planes de Medicamentos con Receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es más bajo que la contribución normal de costos para dicho medicamento, usted pagará el costo real, no la cantidad más alta de la contribución de costos.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento, y Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) aprueba la excepción, usted pagará la contribución no preferencial del costo de dicho medicamento.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible de \$0.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$2,830:</p> <p><b>Farmacia tradicional</b> Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$10 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>- Copago de \$30 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>Marca preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$40 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</li> <li>- Copago de \$120 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</li> </ul> <p>Medicamentos no preferenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</li> </ul> <p>Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</li> <li>- Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</li> </ul> <p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b></p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$10 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</li> </ul> <p>Marca preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$40 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</li> </ul> <p>No preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</li> </ul>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>Especializados                      - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p> <p><b>Farmacia de servicio por correo</b>                      Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento                      - Copago de \$20 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p> <p>Marca preferencial                      - Copago de \$80 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p> <p>Especializados                      - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p> <p><b>Lapso de cobertura</b>                      Después que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$2,830, paga el 100% hasta que los gastos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen los \$4,550.</p> <p><b>Cobertura catastrófica</b>                      Después que los gastos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen los \$4,550, usted paga la cantidad más alta de:                      - Un copago de \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y un copago de \$6.30 para todos los otros</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>medicamentos, o - Un seguro compartido del 5%.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Los medicamentos del plan pueden cubrirse en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Podría tener que pagar más que su cantidad de contribución normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir un reembolso de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO).</p> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Se le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos, menos lo siguiente por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,830: Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$10 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Marca preferencial - Copago de \$40 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>No preferencial            - Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Especializados            - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p><b>Lapso de cobertura fuera de la red</b>            Después que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$2,830, usted pagará el 100% del cargo total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los gastos anuales de bolsillo alcancen los \$4,550. Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) no le reembolsará las compras fuera de la red mientras esté en el lapso de cobertura. Sin embargo, aún debe enviar la documentación a Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) para poder agregar las cantidades que pague fuera de la red a los gastos totales de bolsillo durante el año.</p> <p><b>Cobertura catastrófica fuera de la red</b>            Después que los gastos anuales de bolsillo alcanzan los \$4,550, se le reembolsa por los medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo total de los medicamentos menos lo siguiente:            - Un copago de \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y un copago de</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
		<p>\$6.30 para todos los otros medicamentos, o - Un seguro compartido del 5%.</p> <p>(Ver las páginas 34 para información adicional sobre medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.)</p>
30 – Servicios dentales	No se cubren los servicios dentales preventivos (como la limpieza).	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> En general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como la limpieza).</p> <p>Copago de \$35 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por beneficios dentales comprensivos.</p>
31 – Servicios de audición	<p>No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni audífonos.</p> <p>Seguro compartido del 20% para exámenes de diagnóstico auditivo.<sup>(1) (2)</sup></p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> En general, no se cubren los auditivos de rutina ni audífonos.</p> <p>Copago de \$35 por exámenes de diagnóstico auditivo cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por exámenes auditivos.</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
32 – Servicios para la vista	<p>Seguro compartido del 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>No se cubren los exámenes de rutina de la vista ni anteojos.</p> <p>Medicare paga una parte de los anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Las evaluaciones anuales de glaucoma se cubren para las personas en riesgo.<sup>(1)(2)</sup></p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> No se cubren los exámenes de la vista ni anteojos que Medicare no cubre.</p> <p>20% del costo de un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$35 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% del costo de anteojos/lentes.</p> <p>Copago de \$40 por exámenes de la vista.</p>
33 – Exámenes físicos	<p>Seguro compartido del 20% por un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B de Medicare.<sup>(1)(2)</sup></p> <p>Cuando obtiene el Medicare Parte B, puede recibir un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B. La cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen al año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40 por exámenes de rutina.</p>
34 – Educación de salud y bienestar	<p>Para dejar de fumar: Se cubre si recibe dicha orden del médico. Incluye dos periodos de terapia en un periodo de 12 meses si se le diagnostica una enfermedad relacionada con el</p>	<p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre los siguientes beneficios de educación de salud/bienestar: - Materiales educativos de salud escritos, incluyendo boletines</p>

<sup>1</sup> Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

<sup>2</sup> Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Categoría de beneficios	Medicare Original	Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)
	tabaco, o si está tomando medicamentos que el tabaco puede afectar. Cada periodo de terapia incluye hasta cuatro consultas personales. Usted paga un seguro compartido y se aplica el deducible de la Parte B.	<p>- Línea telefónica de enfermería Copago de \$10 a \$35 por cada sesión de terapia para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 a \$40 por servicios de salud y bienestar.</p> <p>(Ver la página 35 para información adicional sobre educación de salud/bienestar.)</p>
Transportación (de rutina)	No se cubre.	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre transportación de rutina</p>
Acupuntura	No se cubre.	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

## **Las ventajas de ser miembro de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO)**

### **Tiene su propio equipo de asistentes personales**

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su plan o beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Se le comunicará con un asistente personal. Esta persona puede encontrar respuestas a sus preguntas sobre solicitudes, ayudarle a seleccionar un médico, ayudar con los recursos comunitarios, así como ayudarle de cualquier forma posible con sus beneficios y servicios de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO).

Puede llamar a su asistente personal al (702) 562-8021 o al (877) 559-4512 (TTY/TDD: (702) 242-9214 u (800) 349-3538):

- Del 15 de noviembre de 2009 al 1° de marzo de 2010, los 7 días de la semana de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m.
- Del 2 de marzo de 2010 al 14 de noviembre de 2010, de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m.

Las llamadas en sábado, domingo y días festivos las contestará nuestro sistema telefónico automatizado (en el que puede dejar un mensaje detallado y un representante le devolverá la llamada en cuanto sea posible).

Si usted habla español y necesita ayuda con este formulario, o tiene alguna pregunta acerca de su cobertura con Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO), tenemos representantes disponibles para asistirle. Puede llamarnos a servicio al cliente de Sierra Nevada Spectrum (Regional PPO) al (702) 562-8021 u (877) 559-4512 (TTY/TDD: (702) 242-9214 u (800) 349-3538):

- Del 15 de noviembre de 2009 al 1° de marzo de 2010, los 7 días de la semana de las 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Del 2 de marzo de 2010 al 14 de noviembre de 2010, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Las llamadas recibidas los sábados, domingos y los días festivos serán contestadas por nuestro sistema telefónico automatizado (donde usted podrá dejar un mensaje detallado, y un representante le devolverá la llamada lo más pronto posible.)

### **Información adicional**

Notas con respecto a categorías específicas de beneficios:

#### **Servicios podiátricos**

- Podiatría rutinaria – tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, p. ej. cortar o remover durezas, verrugas, callos o uñas. Se permiten hasta 6 consultas pediátricas al año cuidados de rutina de los pies.
- Podiatría no rutinaria – condiciones de los pies y tratamiento de los pies médicamente necesarios y cubiertos por Medicare.

#### **Servicios de ambulancia**

Dentro de la red usted paga:

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

- \$100 por una transportación sencilla en ambulancia

Fuera de la red usted paga:

- \$100 o 40% del costo, cualquiera que sea mayor, por una transportación sencilla en ambulancia

No se requiere autorización para transportación de emergencia. Sin embargo, la transportación que no sea de emergencia y que está cubierta por Medicare sí requiere una autorización.

### **Suministros médicos**

No debe haber costos por suministros médicos usados rutinariamente en el transcurso de una consulta médica (como vendas, hisopos, etc.) Sin embargo, hay un seguro compartido del 20% por suministros para los cuales se realiza un cargo apropiado por separado por servicios de un proveedor de la red, y un seguro compartido del 30% por estos suministros por servicios de un proveedor fuera de la red. Un ejemplo de este tipo de suministro médico sería un agente químico usado en ciertos procedimientos de diagnóstico.

### **Suministros y capacitación para autocontrol de la diabetes**

- Capacitación para el autocontrol de la diabetes (una capacitación cubierta por Medicare para ayudarle a comprender qué es la diabetes y cómo controlarla).
  - Copago de \$35 por capacitación de autocontrol de la diabetes dentro de la red.
  - Copago de \$40 por capacitación de autocontrol de la diabetes fuera de la red.
- Suministros Parte B para la diabetes (los suministros Parte B para la diabetes incluyen tiras/agentes para pruebas, lancetas/dispositivos de lancetas y soluciones de glucosa).
  - 0% del costo por los suministros Parte B para la diabetes, para hasta 90 días, obtenidos a través del proveedor por correo del Plan.
  - 20% del costo por los suministros Parte B para la diabetes, para 30 días, comprados en una farmacia tradicional.
  - 30% del costo por los suministros Parte B para la diabetes comprados de una farmacia fuera de la red.
- Monitores de azúcar en la sangre (glucosa) (un DME disponible a través del proveedor DME del Plan.)
  - 20% del costo dentro de la red.
  - 30% del costo fuera de la red.
- Suministros Parte D para la diabetes (los suministros Parte D para la diabetes incluyen insulina, jeringas, agujas, hisopos con alcohol y gasas.) Los suministros Parte D para la diabetes están disponibles en las farmacias de la red y del proveedor del plan por correo de suministros Parte D.)
  - \$10/genéricos preferenciales/algunos de marca para un suministro de 30 días de una farmacia de la red
  - \$40/preferenciales de marca para un suministro de 30 días de una farmacia de la red.
  - \$20/genéricos preferenciales/algunos de marca para un suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.
  - \$80/preferenciales de marca para un suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.

Si necesita ayuda para hacer un pedido de suministros Parte D para la diabetes a través del correo, por favor llame a su asistente personal antes de hacer su pedido y éste gustosamente le ayudará.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

### **Capacitación nutricional para personas con enfermedad renal en etapa terminal o diabetes**

En la red:

- Copago de \$10/PCP
- Copago de \$35/especialista

Fuera de la red:

- 30% del costo

### **Exámenes para evaluaciones colorectales**

En la red:

- Copago de \$10/colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un PCP
- Copago de \$35/colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un especialista
- Copago de \$10/prueba de sangre oculta en materia fecal
- 20% del costo/bario enema
- Copago de \$150 por servicio hospitalario ambulatorio o \$100 en un centro quirúrgico ambulatorio

Fuera de la red:

- Copago de \$20/colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un PCP
- Copago de \$40/ colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un especialista
- 30% del costo/prueba de sangre oculta en materia fecal
- 30% del costo/enema de bario
- 20% por servicio hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio

### **Inmunizaciones**

En la red:

- Copago de \$0 por vacunas contra la gripa y neumonía
- Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B

Fuera de la red:

- Copago de \$20 por todas las inmunizaciones en el consultorio de un PCP
- Copago de \$40 por todas las inmunizaciones en el consultorio de un especialista o en una institución de atención urgente

La contribución a costos fuera de la red no incluye inyecciones de la gripa estacionaria ni vacunas contra neumococos.

### **Papanicolaou y exámenes pélvicos**

En la red:

- Copago de \$0 por Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare

Fuera de la red:

- Copago de \$20 en el consultorio de un PCP
- Copago de \$40 en el consultorio de un especialista o en una institución de atención urgente

### **Exámenes de evaluación para cáncer de próstata**

En la red:

- Copago de \$0 por evaluaciones para cáncer de próstata cubiertas por Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Fuera de la red:

- Copago de \$20 en el consultorio de un PCP
- Copago de \$40 en el consultorio de un especialista o en una institución de atención urgente

### **Enfermedad renal en etapa terminal**

Dentro y fuera de la red:

- 20% del costo de diálisis renal

Los servicios de diálisis renal fuera del área no requieren autorización previa. Sin embargo, si está viajando fuera del área de servicio o está de vacaciones y va a necesitar servicios de diálisis renal, recomendamos que llame a su asistente personal para ayudarle a programar su atención médica y para ayudar al plan a monitorear su atención.

### **Medicamentos con receta**

Generalmente no se cubren los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera de la red. En circunstancias especiales, *pueden* cubrirse los medicamentos del plan, por ejemplo, enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir un reembolso. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

No hay deducible para medicamentos con receta Parte D:

Cobertura inicial:

- Medicamentos genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento (esta categoría incluye todos los medicamentos genéricos preferenciales en nuestro formulario y algunos de marca para mantenimiento):
  - \$10/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
  - \$30/suministro de 90 días de una farmacia de la red.
  - \$20/suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.
- Medicamentos preferenciales de marca:
  - \$40/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
  - \$120/suministro de 90 días de una farmacia de la red.
  - \$80/suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.
- Medicamentos no preferenciales:
  - \$85/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
- Medicamentos especializados:
  - Seguro compartido del 33% (independientemente del suministro o de si se obtuvieron de una farmacia de la red o del proveedor por correo del plan). Ejemplos de medicamentos especializados incluyen Copaxone, Rebif, Humira, Enbrel, Tarceva y Neupogen.

Si los gastos de bolsillo\* exceden \$2,830, usted paga el 100% del costo de sus medicamentos hasta que los gastos totales anuales de bolsillo alcancen los \$4,550. (\*Estos son los gastos de medicamentos que usted paga de bolsillo, o que alguien más paga de su parte, incluyendo las cantidades de copago y seguro compartido que usted paga.)

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Después que los gastos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen los \$4,550, usted paga la cantidad más alta de:

- Copago de \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y
- Copago de \$6.30 para todos los otros medicamentos, o
- Un seguro compartido del 5%

### **Educación de salud y bienestar**

En la red:

- \$0 por materiales escritos/línea telefónica de enfermería
- Copago de \$10 por una consulta con el PCP
- Copago de \$35 por una consulta con un especialista

Fuera de la red:

- \$0 por materiales escritos/línea telefónica de enfermería
- Copago de \$20 por una consulta con el PCP
- Copago de \$40 por una consulta con un especialista

### **Refiérase a la Evidencia de Cobertura para más información con respecto a los beneficios de Sierra Nevada Spectrum.**

Sierra Nevada Spectrum (Reginal PPO) es un plan Medicare Advantage (MA) que ofrece Sierra Health and Life Insurance Company, Inc., una empresa de UnitedHealthcare. Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. contrata con Medicare. Cualquier persona con Medicare Partes A y B puede hacer la solicitud. Los miembros deben continuar pagando las primas de Medicare y usar los proveedores del plan para cuidados de rutina.

La cobertura de medicamentos con receta está sujeta a limitaciones.