

# 2023

## Resumen de beneficios





# Resumen de beneficios 2023

## ArchCare Advantage (HMO I-SNP)

### Plan H1777

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

#### ArchCare Advantage (HMO I-SNP) Health Plan

es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios provista no establece cada servicio que cubrimos y tampoco enumera cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura".

Para inscribirse en **ArchCare Advantage (HMO I-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nueva York: Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island, Westchester, Putnam, Orange, Dutchess y Onondaga.

Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no pertenezcan a nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual actual "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, tales como Braille, letra grande o audio.

Para más información, llámenos al 1-800-373-3177 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de domingo a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite nuestro sitio web en [www.ArchcareAdvantage.org](http://www.ArchcareAdvantage.org).

Primas y beneficios	ArchCare Advantage (HMO I-SNP)
Prima mensual del plan	Usted paga \$38.90 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No existe ningún deducible para los servicios dentro de la red. Usted paga \$505 anuales por los medicamentos recetados de la Parte D.
Responsabilidad máxima de desembolso propio ( <i>no incluye medicamentos recetados</i> )	Usted no paga más de \$8,300 anuales. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Hospitalizaciones	Usted paga un copago de \$1,200 para la estadía cubierta por Medicare. El copago es por admisión o por estadía.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"><li>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</li></ul>	Usted paga un máximo de \$100 por cirugía ambulatoria. Se requiere autorización para terapias hiperbáricas.  Copago de \$100 por servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Primas y beneficios	ArchCare Advantage (HMO I-SNP)
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0 por consulta. Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Sin ningún costo. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$95 por consulta. Si ingresa al hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por la atención de emergencia.
Servicios requeridos con urgencia	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Servicios de diagnósticos, laboratorio e imagen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>○ Servicios de laboratorio</li> </ul>	Usted paga el 20 % del costo de los procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare, Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare Se requiere autorización para resonancia magnética, resonancia magnética funcional, pruebas farmacocinéticas, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen auditivo de rutina</li> <li>○ Dispositivos auditivos</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0 por examen. Debe realizarse un examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. La cobertura máxima por exámenes de audición es de \$1300 anuales. Se requiere autorización. Usted paga el 30% del costo de los audífonos. Se requiere autorización. Este beneficio tiene un límite de 2 audífonos cada 3 años. Los accesorios de los audífonos no están cubiertos por el plan pero están disponibles para que los miembros los puedan comprar a un precio adicional. La cobertura máxima por audífonos es de \$1500 anuales. Usted es responsable por todos los costos de audífonos que no sean comprados a un proveedor de la red.
Servicios odontológicos	Usted paga un copago de \$0. Esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de los dientes.
Servicios oftalmológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista</li> <li>○ Lentes de montura o de contacto después de una operación de cataratas</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0. Usted paga 20% del costo. Incluye examen anual de detección de glaucoma. Se requiere autorización para el examen de detección de glaucoma.

Primas y beneficios	ArchCare Advantage (HMO I-SNP)
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de pacientes hospitalizados</li> <li>○ Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$1,200 para la estadía cubierta por Medicare. El copago es por admisión o por estadía.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consultas de terapia ambulatoria grupal o individual.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
Centros de enfermería especializada	<p>Usted no paga nada desde el día 1 al día 100.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de terapia ocupacional</li> <li>○ Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje</li> </ul>	<p>Sin ningún costo.</p> <p>Sin ningún costo.</p>
Ambulancia	<p>Copago de \$100 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$250 por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p>
Transporte	<p>Copago de \$0 por cada viaje de 1 tramo.</p> <p>Beneficio limitado a (10) viajes de 1 tramo, solamente dentro de la red, por año calendario (limitado a transporte terrestre).</p> <p>Transporte solamente disponible a través de proveedores contratados de ArchCare Advantage. Usted es responsable por todos los costos de los transportes que no tengan fines médicos y que no sean brindados por un proveedor de la red de ArchCare. Usted es responsable por los costos que superen el límite de viajes. Los viajes deben ser hacia o desde las ubicaciones aprobadas por el plan, tales como médicos, establecimientos médicos y farmacias de la red. Un viaje es un transporte de un solo tramo, un viaje de ida y vuelta equivale a 2 viajes. Este beneficio no cubre el transporte en ambulancia.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>20% del costo por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible	Después de que pague su deducible de \$505		
	Medicamentos recetados al por menor Suministro para 30 días	Encargo por correo Suministro para 90 días	Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista.
<b>Etapas 1:</b> <b>Cobertura inicial</b>  (después de que pague su deducible de \$505, si procede)	Usted paga 25% del costo.	Usted paga 25% del costo.	El costo compartido puede variar en función de qué farmacia escoja y de cuándo entre en otra etapa de los beneficios de la Parte D. Para más información acerca del costo compartido adicional específico de farmacia y las etapas de los beneficios, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.
<b>Etapas 2:</b> <b>Transición de cobertura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genérico</li> <li>○ De marca</li> </ul>	Usted paga 25% del medicamento genérico.  Usted paga 25% del medicamento de marca.	Usted paga 25% del medicamento genérico.  Usted paga 25% del medicamento de marca.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una transición de cobertura (también llamada el "agujero de la dona"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La transición de cobertura comienza a partir del momento en que el costo total anual de medicamentos alcance los \$4,660 (esto incluye tanto lo que ha pagado el plan, como lo que usted ha pagado). Usted avanzará hacia la siguiente etapa una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$7,400.
<b>Etapas 3:</b> Cobertura catastrófica	Usted paga el monto mayor entre el 5% del costo o un copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 por el resto de los medicamentos.	Usted paga el monto mayor entre el 5% del costo o un copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 por el resto de los medicamentos.	

## Beneficios adicionales

Servicios de diálisis	Usted paga 20% del costo.
Servicios de salud en el hogar	Usted paga un copago de \$0. Se requiere autorización.
Equipos e insumos médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)*</li> <li>○ Prótesis (p. ej., frenillos, miembros artificiales)*</li> <li>○ Suministros para la diabetes</li> </ul>	Usted paga 20% del costo por equipos médicos duraderos, prótesis y suministros para la diabetes. *Se requiere una autorización para los equipos médicos duraderos y las prótesis.
Capacitación para la gestión personal de la diabetes	Se requiere autorización.
Servicios de tratamiento de opioides	Se requiere autorización.
Servicios ambulatorios de sangre	Usted paga 20% del costo.
Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga 20% del costo por sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare.
Hospitalización parcial	Usted paga 20% del costo.
Programas de bienestar (p. ej. acondicionamiento físico)	Sin cobertura.
Apoyo para ciertas afecciones crónicas	Usted paga un copago de \$0. Usted podría ser elegible para el Programa de Cuidados Paliativos si tiene una enfermedad grave. Los Cuidados Paliativos son brindados por un equipo de médicos, enfermeros y otras personas especialmente entrenadas y continúan a la par de su atención médica regular, como soporte adicional. Usted recibirá el siguiente apoyo a través de los servicios de gestión de atención: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación integral de atención</li> <li>-Planificación de la atención y discusiones sobre los objetivos de la atención</li> <li>-Acceso a servicios sociales y recursos comunitarios</li> <li>-Coordinación con su médico de atención primaria</li> </ul> Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.
Cuidados de hospicio	Usted paga un copago de \$0. No hay límite para este beneficio siempre y cuando usted siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad. Si usted es elegible pero no se siente listo para recibir cuidados de hospicio, puede recibir servicios de soporte a través del Programa de Cuidados Paliativos tal como se menciona en <i>Ayuda con Ciertas Enfermedades Crónicas</i> . Consulte la Evidencia de cobertura para conocer la elegibilidad y obtener más información.

## Beneficios adicionales

<p>Cuidado de los pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Exámenes y tratamiento para los pies</li><li>○ Cuidado de rutina para los pies</li></ul>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted no paga nada por el cuidado de rutina para los pies, pero se permiten dos (2) visitas cada tres (3) meses.</p>
<p>Evaluación de seguridad en el hogar</p>	<p>Este beneficio brinda una evaluación realizada por una enfermera registrada o un fisioterapeuta con licencia para determinar si la condición médica o física del miembro determina la necesidad de dispositivos de seguridad para el baño.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Tarjeta para artículos de venta libre</p>	<p>Use esta tarjeta como si se tratase de dinero en efectivo para comprar hasta \$120 mensuales en muchos artículos comunes en farmacias locales, entre las que figuran CVS, Walgreens, Rite Aid y Duane Reade, sin tener que presentar una receta o pagar por adelantado. Tenga en cuenta que el dinero del saldo mensual que no use no se acumulará para los meses siguientes.</p>
<p>Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta</p>	<p>Después de ser dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada, un proveedor de salud calificado, en cooperación con el médico del miembro, revisará el régimen completo de medicamentos del afiliado en el lugar antes de la admisión y lo comparará y conciliará con el régimen prescrito del afiliado cuando se le dio de alta para garantizar que se obtengan las nuevas prescripciones, se descarten los medicamentos discontinuados y desaparezcan los efectos secundarios e interacciones de los medicamentos que pueden causar alguna enfermedad o daño. La cobertura máxima de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta es de \$100 anuales.</p> <p>Se requiere autorización.</p>



Puede encontrar información y documentos adicionales en nuestra Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), el Directorio de proveedores/farmacias y el Formulario en nuestro sitio web en [www.archcareadvantage.org](http://www.archcareadvantage.org).

ArchCare Advantage (HMO I-SNP) es un plan de atención coordinada con un contrato de Medicare. La afiliación a ArchCare Advantage depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona con Medicare con niveles de atención de un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Usted debe continuar pagando la prima de la parte B. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación sobre estos cambios cuando sea necesario. Si usted habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos sin costo alguno. Llame al 1-800-373-3177 (TTY: 711). You can ask for this information for free in other formats, such as Braille, large print, data CD, audio CD or qualified reader. Puede solicitar esta información de forma gratuita en otros formatos, tales como braille, letras grandes, CD, CD de audio o lector calificado. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-373-3177, (TTY 711). Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de atención al cliente al 1-800-373-3177, (TTY 711) de domingos a sábados, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La información del beneficio es un resumen breve, no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información comuníquese con el plan. Pueden aplicar ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.



## La discriminación está prohibida por la ley

ArchCare cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ArchCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

ArchCare

- Brinda servicios y auxilios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de señas.
  - Información escrita en otros formatos (en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con **Victor Fama al (917) 484-5055, TTY 711**

Si considera que ArchCare no le ha ofrecido los servicios antes señalados o lo discriminó de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

**Victor Fama, al (917) 484-5055, TTY 711** o por correo electrónico a: [compliancereport@archcare.org](mailto:compliancereport@archcare.org).

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a **Victor Fama (917) 484-5055. TTY 711** está a su disposición para ayudarlo.

También, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en el sitio: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf), por correo o teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en línea en

<http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

ArchCare Advantage HMO I-SNP es un plan de atención coordinada con un contrato de Medicare. La afiliación a ArchCare Advantage depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona con Medicare con niveles de atención de un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
Llame al 1-800-373-3177 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-373-3177 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.  
Gọi số 1-800-373-3177 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
1-800-373-3177 (청각 장애인용 서비스: 711)으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Телефон 1-800-373-3177 (внимание: 711).

رقم هاتف الصم (711:YTT) 1-800-373-3177 ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم والكم

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-373-3177, TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-373-3177 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-373-3177, TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero al 1-800-373-3177, TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-373-3177, TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
(1-800-373-3177 (TTY: 711).まで、お電話にてご連絡ください。

1-800-373-3177 توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگیرید تماس با. باشد می ف. (TTY: 711)







