

Resumen de Beneficios para 2026

Jefferson Health Plans (H9207)

Jefferson Health Plans Special (HMO D-SNP) (plan 004)

Jefferson Health Plans Dual Pearl (HMO D-SNP) (plan 016)

Jefferson Health Plans Select (HMO D-SNP) (plan 017)

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Jefferson Health Plans Special, Jefferson Health Plans Dual Pearl y Jefferson Health Plans Select para el año del plan del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*. Consúltelo en línea en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare u obtenga una copia llamando al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477). Del **1 de octubre al 31 de marzo**, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Esta llamada es gratuita.**

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Este documento está disponible en otros formatos como braille y letra grande. Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Jefferson Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, y es posible que el plan no pague por estos servicios.

Para obtener información sobre los medicamentos recetados cubiertos, consulte el *Formulario* del plan. Para obtener información sobre proveedores y farmacias de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Estos documentos están disponibles en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llamando al plan al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Para inscribirse en Jefferson Health Plans Special, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B, ser elegible para Medical Assistance (categorías QMB+, SLMB+ o FBDE) del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania y vivir en nuestra área de servicio.

Para inscribirse en Jefferson Health Plans Dual Pearl, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B, ser elegible para Asistencia Médica (categorías QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE) del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania y vivir en nuestra área de servicio.

Para inscribirse en Jefferson Health Plans Select, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B, ser elegible para Asistencia Médica (categorías QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE) del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio para Jefferson Health Plans Special (004) incluye los siguientes condados en Pennsylvania: Condados de Adams, Allegheny, Beaver, Berks, Bradford, Bucks, Carbon, Chester, Clarion, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Erie, Forest, Franklin, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Schuylkill, Warren, Washington, York .

Nuestra área de servicio para Jefferson Health Plans Dual Pearl (016) incluye los siguientes condados en Pennsylvania: Condados de Philadelphia, Bucks, Montgomery, Chester, Delaware, Adams, Franklin, Lancaster, York, Cumberland, Dauphin, Lebanon, Perry, Carbon, Lehigh, Monroe, Northampton, Schuylkill, Berks, Bradford, Allegheny, Erie.

Nuestra área de servicio para Jefferson Health Plans Select (017) incluye los siguientes condados en Pennsylvania: Condados de Adams, Berks, Bradford, Bucks, Carbon, Chester, Cumberland, Dauphin, Delaware, Franklin, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Schuylkill, York .

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual *Medicare y Usted*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Jefferson Health Plans tiene contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO-DSNP y PPO. Nuestro HMO-DSNP también tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Pennsylvania. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-477-4773 para obtener más información. Del **1 de octubre al 31 de marzo**, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Las primas y los copagos, lo cosegueros y los deducibles por medicamentos recetados pueden variar según su elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help). Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Importante: La inscripción en Jefferson Health Plans Special se limita a los beneficiarios de Medicare que también son elegibles para las categorías de Medicaid QMB+, SLMB+ o FBDE. La distribución de costos por los servicios médicos del siguiente cuadro de beneficios asumen elegibilidad activa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y decide permanecer en el plan especial por hasta seis meses mientras intenta recuperar la elegibilidad, Medicaid no pagará su costo compartido de Medicare y usted será responsable de estos montos. En este caso, su distribución de costos no será superior al 20% - 30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional sobre la distribución de costos durante este período, consulte la Evidencia de cobertura del plan.

La inscripción en el plan Jefferson Health Plans Dual Pearl está limitada a los beneficiarios de Medicare que también son elegibles para las categorías de Medicaid QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE. La distribución de costos por los servicios médicos del siguiente cuadro de beneficios asumen elegibilidad activa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y decide permanecer en el Plan Dual Pearl por hasta seis meses mientras intenta recuperar la elegibilidad, será responsable de pagar el monto de la distribución de costos. En este caso, su distribución de costos no será superior al 20% - 30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional sobre la distribución de costos durante este período, consulte la Evidencia de cobertura del plan.

La inscripción en el plan Jefferson Health Plans Select está limitada a los beneficiarios de Medicare que también son elegibles para las categorías de Medicaid QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE. La distribución de costos por los servicios médicos del siguiente cuadro de beneficios asumen elegibilidad activa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y decide permanecer en el Plan Select por hasta seis meses mientras intenta recuperar la elegibilidad, será responsable de pagar el monto de la distribución de costos. En este caso, su distribución de costos no será superior al 20% - 30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional sobre la distribución de costos durante este período, consulte la Evidencia de cobertura del plan.

Incluso si usted es elegible para recibir una distribución de costos del 0%, recuerde que generalmente debe obtener servicios solo de proveedores de Jefferson Health Plans que también participan en el programa de Medical Assistance; de lo contrario, es posible que Medical Assistance no le pague al proveedor y usted será responsable del monto de costo compartido más alto.

Comuníquese con el programa de Medical Assistance para obtener información adicional sobre su nivel de distribución de costos.

Nota sobre la cobertura de medicamentos recetados:

Se considera automáticamente que los miembros de las categorías de Medicaid anteriores tienen elegibilidad para el Subsidio por bajos ingresos de Medicare, también conocido como “Ayuda Adicional” (Extra Help). La distribución de costos para los medicamentos recetados en este Resumen de beneficios asume esta elegibilidad.

Si pierde la “Ayuda Adicional” (Extra Help) y decide permanecer en el plan Special, Select o Dual Pearl, sus costos cambiarán. Para obtener información adicional sobre la distribución de costos en esta situación, llame al plan.

H9207_MCE-810MR-7211_M

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Prima mensual del plan	\$0 Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$32.70. Usted también debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted.	\$0 Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$32.70. Usted también debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted.	\$0 Nota: Si su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) cambia, es posible que usted deba pagar una prima mensual de hasta \$32.70. Usted también debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted.
Deducible	El deducible de la Parte B es \$0. Nota: Si pierde la elegibilidad para Medicaid, puede permanecer en el plan hasta por seis meses, pero será responsable de un deducible de la Parte B de \$257. Hay un deducible de \$0 para medicamentos recetados mientras recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), es posible que deba pagar un deducible de hasta \$615.	El deducible de la Parte B es \$0. Nota: Si pierde la elegibilidad para Medicaid, puede permanecer en el plan hasta por seis meses, pero será responsable de un deducible de la Parte B de \$257. Hay un deducible de \$0 para medicamentos recetados mientras recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), es posible que deba pagar un deducible de hasta \$615.	El deducible de la Parte B es \$0. Nota: Si pierde la elegibilidad para Medicaid, puede permanecer en el plan hasta por seis meses, pero será responsable de un deducible de la Parte B de \$257. Hay un deducible de \$0 para medicamentos recetados mientras recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), es posible que deba pagar un deducible de hasta \$615.
Responsabilidad del monto máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados)</i>	\$9,250 anual Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	\$9,250 anual Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	\$9,250 anual Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.

	Jefferson Health Plans Special		Jefferson Health Plans Dual Pearl		Jefferson Health Plans Select	
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (Parte D)						
	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)
Deducible	Hay un deducible de \$615 en los niveles 2, 3, 4 y 5 para 2026. El deducible se aplica solo a los planes Select y Dual Pearl.					
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 2 Medicamentos genéricos	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	24% de coseguro	24% de coseguro	24% de coseguro	24% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Insulinas seleccionadas (todas las insulinas cubiertas en los niveles 3, 4 y 5)	\$35 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago

	Jefferson Health Plans Special		Jefferson Health Plans Dual Pearl		Jefferson Health Plans Select	
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (Parte D)						
	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)
Nivel 4 Medicamento no preferido	28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Insulinas seleccionadas (todas las insulinas cubiertas en los niveles 3, 4 y 5)	\$35 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 5 Especialidad	25% de coseguro	No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos de especialidad.	25% de coseguro	No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos de especialidad.	25% de coseguro	No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos de especialidad.
Insulinas seleccionadas (todas las insulinas cubiertas en los niveles 3, 4 y 5)	\$35 de copago		\$35 de copago		\$35 de copago	
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionados)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (Parte D)			
Cobertura catastrófica	Después de que los gastos de bolsillo anuales por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y del servicio de pedido por correo) lleguen a \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Después de que los gastos de bolsillo anuales por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y del servicio de pedido por correo) lleguen a \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Después de que los gastos de bolsillo anuales por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y del servicio de pedido por correo) lleguen a \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
Cobertura de farmacia de atención a largo plazo y farmacia fuera de la red	Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que los de un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, como se muestra arriba. Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red o de atención a largo plazo. Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).	Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que los de un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, como se muestra arriba. Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red o de atención a largo plazo. Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).	Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que los de un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, como se muestra arriba. Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red o de atención a largo plazo. Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Cobertura hospitalaria para pacientes internados★	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 91+ Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 91+ Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro cada día para los días 91+ Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios			
Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios [☆]	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios de centros quirúrgico ambulatorios (ASC)			
Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio [★]	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Consultas al médico			
Proveedor de atención primaria	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Especialistas	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Atención preventiva cubierta por Medicare			
Examen anual de bienestar	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Enemas de bario	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Tacto rectal	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
EKG después de los servicios preventivos	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Detección de glaucoma	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Atención médica de emergencia	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios requeridos urgentemente	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico★ Servicios de laboratorio Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, CT y medicina nuclear)★ Pruebas de diagnóstico por imágenes ambulatorias (como radiografías, ecografías y mamografías)☆ Radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer)★	\$0 de copago/coseguro por servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes	\$0 de copago/coseguro por servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes	\$0 de copago/coseguro por servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes
Servicios de audición			
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago/coseguro por examen cubierto por Medicare (limitado a uno cada año)	\$0 de copago/coseguro por examen cubierto por Medicare (limitado a uno cada año)	\$0 de copago/coseguro por examen cubierto por Medicare (limitado a uno cada año)
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago/coseguro por examen auditivo de rutina (limitado a uno cada año)	\$0 de copago/coseguro por examen auditivo de rutina (limitado a uno cada año)	\$0 de copago/coseguro por examen auditivo de rutina (limitado a uno cada año)
Audífonos	\$0 - \$1,475 de copago para audífonos, limitado a cada 2 años (ambos oídos combinados) El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel de prima.	\$0 - \$1,475 de copago para audífonos, limitado a cada 2 años (ambos oídos combinados) El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel de prima.	Consulte el beneficio de la tarjeta de gastos flexibles (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos relacionados con la atención dental, oftalmológica y auditiva.

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios dentales			
Servicios dentales preventivos	Usted paga \$0 de copago/ coseguro por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 de copago/ coseguro por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 de copago/ coseguro por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).
Servicios dentales cubiertos por Medicare★ Servicios dentales integrales complementarios★	\$0 de copago/coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare La cobertura complementaria de servicios dentales integrales (hasta un máximo de \$5,000 por año) incluye lo siguiente: • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/ maxilofacial.	\$0 de copago/coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare La cobertura complementaria de servicios dentales integrales (hasta un máximo de \$10,000 por año) incluye lo siguiente: • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/ maxilofacial.	\$0 de copago/coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare Consulte el beneficio de la tarjeta de gastos flexibles (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos relacionados con la atención dental, oftalmológica y auditiva.

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Cuidado de la vista			
Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes:	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare
- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista - Anteojos después de la cirugía de cataratas - Examen de la vista de rutina	\$0 copago/coseguro para anteojos cubiertos por Medicare \$0 de copago/coseguro por examen de la vista de rutina (limitado a uno cada año)	\$0 copago/coseguro para anteojos cubiertos por Medicare \$0 de copago/coseguro por examen de la vista de rutina (limitado a uno cada año)	\$0 de copago/coseguro por examen de la vista de rutina (limitado a uno cada año)
Anteojos complementarios (montura y lentes) o lentes de contacto	\$0 de copago/coseguro para su elección de uno de los siguientes, hasta \$0 - \$250 por año: - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto hasta la asignación	\$0 de copago/coseguro para su elección de uno de los siguientes, hasta \$0 - \$200 por año: - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto hasta la asignación	Consulte el beneficio de la tarjeta de gastos flexibles (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos relacionados con la atención dental, oftalmológica y auditiva.

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios de salud mental			
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico★	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro por día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 91+ (días de reserva de por vida) Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía en un hospital de salud mental como paciente internado (se aplica un límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico). Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro por día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 91+ (días de reserva de por vida) Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía en un hospital de salud mental como paciente internado (se aplica un límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico). Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$0 de deducible • \$0 de copago/coseguro por día para los días 1 - 60 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 61 - 90 • \$0 de copago/coseguro por día para los días 91+ (días de reserva de por vida) Nuestro plan cubre hasta 90 días para una estadía en un hospital de salud mental como paciente internado (se aplica un límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico). Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.
Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio☆	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio☆	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios psiquiátricos☆	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Hospitalización parcial★	\$0 de copago/coseguro por día	\$0 de copago/coseguro por día	\$0 de copago/coseguro por día

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Centro de enfermería especializada*	Días 1 - 20: \$0 de copago/coseguro por día Días 21 - 100: \$218 de copago/coseguro cada día Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios: (Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días seguidos sin haber recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF).	Días 1 - 20: \$0 de copago/coseguro por día Días 21 - 100: \$218 de copago/coseguro cada día Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios: (Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días seguidos sin haber recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF).	Días 1 - 20: \$0 de copago/coseguro por día Días 21 - 100: \$218 de copago/coseguro cada día Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios: (Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días seguidos sin haber recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF).
Terapia física/ocupacional/ del habla y del lenguaje*	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios de ambulancia			
Ambulancia terrestre*	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Ambulancia aérea*			
Transporte (de rutina) El transporte está cubierto mediante taxi, servicios de viaje compartido, furgoneta o transporte médico. Los miembros deben coordinar los viajes con el proveedor de Jefferson Health Plans al menos con dos días hábiles de anticipación. Se aplican restricciones de kilometraje. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer todos los detalles y las restricciones relacionadas con el beneficio.	\$0 de copago/coseguro para 65 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	\$0 de copago/coseguro para 25 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	Sin cobertura

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Medicamentos recetados de Medicare Part B			
Medicamentos de quimioterapia★	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro
Otros medicamentos de la Parte B☆	Nota: La terapia escalonada puede aplicarse a otros medicamentos de la Parte B.	Nota: La terapia escalonada puede aplicarse a otros medicamentos de la Parte B.	Nota: La terapia escalonada puede aplicarse a otros medicamentos de la Parte B.
Acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja			
Acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico	\$0 de copago/coseguro por cada visita cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones.	\$0 de copago/coseguro por cada visita cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones.	\$0 de copago/coseguro por cada visita cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones.
Servicios complementarios de acupuntura	\$0 de copago/coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.	\$0 de copago/coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.	\$0 de copago/coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Servicios quiroprácticos★	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes: Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones			

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Suministros para diabéticos[☆] Los miembros serán responsables del 20% de coseguro por los suministros de control de la diabetes no preferidos si no presentan su tarjeta de Medicaid o Community HealthChoices en la farmacia.	\$0 de copago/coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de copago/coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.	\$0 de copago/coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de copago/coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.	\$0 de copago/coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de copago/coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados[☆]	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago/coseguro para la membresía de SilverSneakers® o para la membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia y del PASSi Evergreen Center.	\$0 de copago/coseguro para la membresía de SilverSneakers® o para la membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia y del PASSi Evergreen Center.	Sin cobertura
Atención médica domiciliaria	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro
Beneficio de alimentos Cubre hasta cuatro semanas, una vez por año calendario, para miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva cuando lo ordena un médico, un profesional no médico o un coordinador de atención clínica de JHP.	\$0 de copago/coseguro por hasta 28 días por año. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0 de copago/coseguro por hasta 28 días por año. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0 de copago/coseguro por hasta 28 días por año. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$0 de copago/coseguro por cada servicio de tratamiento de opioides	\$0 de copago/coseguro por cada servicio de tratamiento de opioides	\$0 de copago/coseguro por cada servicio de tratamiento de opioides

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Artículos de venta libre (OTC) El período de prestación corresponde a los trimestres del año calendario: 1.º trimestre: de enero a marzo 2.º trimestre: de abril a junio 3.º trimestre: de julio a septiembre 4.º trimestre: de octubre a diciembre	\$0 de copago/coseguro por hasta \$250 cada trimestre calendario para artículos OTC elegibles. Los importes no utilizados no se transferirán de un trimestre a otro. La asignación debe usarse únicamente para artículos para el miembro.	\$0 de copago/coseguro por hasta \$200 cada trimestre calendario para artículos OTC elegibles. Los importes no utilizados no se transferirán de un trimestre a otro. La asignación debe usarse únicamente para artículos para el miembro.	\$0 de copago/coseguro por hasta \$300 cada trimestre calendario para artículos OTC elegibles. Los importes no utilizados no se transferirán de un trimestre a otro. La asignación debe usarse únicamente para artículos para el miembro.
Servicios de podología Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidados de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. Cuidado de rutina de los pies, incluido el tratamiento de callosidades, cuidado de las uñas y otros cuidados preventivos/de mantenimiento.	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare \$0 de copago/coseguro para el cuidado de rutina de los pies (limitado a una visita cada tres meses)	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare \$0 de copago/coseguro para el cuidado de rutina de los pies (limitado a una visita cada tres meses)	\$0 de copago/coseguro por servicios cubiertos por Medicare \$0 de copago/coseguro para el cuidado de rutina de los pies (limitado a una visita cada tres meses)
Prótesis/órtesis*	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro	0% de copago/coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro	\$0 de copago/coseguro

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Tecnología de acceso remoto (Teladoc®) Los miembros tienen acceso a médicos acreditados por teléfono o video las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Este servicio no reemplazará la función del PCP del miembro y es una opción conveniente que permite a los miembros hablar con un médico que puede diagnosticar, recomendar tratamientos y recetar medicamentos, cuando corresponda, para muchos problemas médicos que no son de emergencia, incluidos: bronquitis/ problemas sinusales, alergias, síntomas de resfriado y gripe, infecciones respiratorias e infecciones de oído.	\$0 de copago/coseguro para servicios de Teladoc.	\$0 de copago/coseguro para servicios de Teladoc.	\$0 de copago/coseguro para servicios de Teladoc.

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Telesalud Tiene la opción de recibir servicios médicos y otros servicios específicos, ya sea mediante una visita en persona o mediante telesalud utilizando tecnología electrónica de audio y video. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor que tenga los medios para brindar el servicio a través de telesalud.	\$0 de copago/coseguro por los siguientes servicios de telesalud: Servicios con un PCP Servicios con un especialista Sesiones individuales y grupales para servicios especializados en salud mental Sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios para los que se requiere autorización para visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan a través de telesalud.	\$0 de copago/coseguro por los siguientes servicios de telesalud: Servicios con un PCP Servicios con un especialista Sesiones individuales y grupales para servicios especializados en salud mental Sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios para los que se requiere autorización para visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan a través de telesalud.	\$0 de copago/coseguro por los siguientes servicios de telesalud: Servicios con un PCP Servicios con un especialista Sesiones individuales y grupales para servicios especializados en salud mental Sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios para los que se requiere autorización para visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan a través de telesalud.
Telemonitoreo Se cubre un programa de telemonitoreo en el hogar para miembros que tienen insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), hipertensión o diabetes no controlada. Los miembros tendrán acceso a apoyo clínico mientras estén en el programa.	\$0 de copago/coseguro por servicios de telemonitoreo	\$0 de copago/coseguro por servicios de telemonitoreo	\$0 de copago/coseguro por servicios de telemonitoreo
Cobertura de emergencias/ urgencia en todo el mundo	\$0 de copago/coseguro por hasta un máximo de \$50,000 por año	\$0 de copago/coseguro por hasta un máximo de \$50,000 por año	\$0 de copago/coseguro por hasta un máximo de \$50,000 por año

	Jefferson Health Plans Special	Jefferson Health Plans Dual Pearl	Jefferson Health Plans Select
Beneficios médicos (Parte C)			
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Los miembros con una afección de salud crónica calificada pueden ser elegibles para los beneficios de SSBCI y tener acceso a un beneficio de tarjeta de gastos flexible. Las afecciones que califican van desde el trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD), trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad/síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, estado posterior a un trasplante de órgano, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con el deterioro cognitivo y afecciones con dificultades funcionales. Para obtener más detalles sobre los requisitos para acceder a estos beneficios, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Jefferson Health Plans ofrece Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI). Para ser elegible para este beneficio de SSBCI, debe tener al menos una de las afecciones crónicas cubiertas. También debe cumplir con los criterios de cobertura del plan y ser un afiliado con enfermedades crónicas según lo define Medicare para recibir este beneficio. No todos los miembros con las afecciones crónicas enumeradas serán elegibles para recibir el beneficio.			
Tarjeta de gastos flexibles:	Tarjeta de gastos flexibles: \$330 cada trimestre calendario para la compra de productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro.	Tarjeta de gastos flexibles: \$235 cada trimestre calendario para la compra de productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro.	Tarjeta de gastos flexibles: \$700 cada trimestre calendario para la compra de productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro. Todos los miembros del plan califican y tienen acceso a (independientemente del estado de afección crónica calificada): \$800 por año (año calendario) para artículos y servicios dentales, de la visión y de la audición.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Para ayudarle a comprender mejor sus opciones de atención médica, en el siguiente cuadro se describen los costos de ciertos servicios como beneficiario de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) y como miembro de Jefferson Health Plan Special, Dual Pearl y Select. Para inscribirse en el plan Jefferson Health Plan Special, Dual Pearl y Select Plan, debe tener doble elegibilidad total o parcial, lo que significa que califica tanto para Medicare Part A y para Medicare Part B y también recibir los beneficios completos de Medicaid.

La distribución de costos de Medicare incluye copagos, coseguro y deducibles. Como miembro con doble elegibilidad total o parcial, el programa Medicaid paga la distribución de costos que le corresponde a usted por los servicios de Medicare Part A y B. Esto se refleja en las tablas a continuación. (Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre su responsabilidad de la distribución de costos en caso de que pierda la elegibilidad para Medicaid y permanezca en este plan, lo cual puede hacer por hasta seis meses).

La cobertura de Medicare debe usarse primero. Luego, Medicaid cubrirá el pago de su distribución de costos por los servicios de Medicare Part A y B.

Medicaid cubrirá los montos de la distribución de costos solo cuando su médico de atención primaria y otros proveedores participen en el programa Medicaid. Tanto nuestro directorio de proveedores impreso como en línea incluyen información para ayudarlo a elegir proveedores de la red que también acepten Medicaid. Para ayudar a evitar errores, siempre muestre su tarjeta de miembro de Jefferson Health Plans y su tarjeta Community HealthChoices o ACCESS cada vez que reciba servicios de atención médica.

Es importante saber que los beneficios y la elegibilidad de Medicaid pueden cambiar a lo largo del año. Comuníquese con su plan Community HealthChoices, el programa Medicaid de Pennsylvania o la Oficina de Asistencia de su condado para obtener la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y beneficios.

Los beneficios que se describen en las secciones anteriores del Resumen de Beneficios están cubiertos por Jefferson Health Plan Special, Dual Pearl y Select. Los beneficios que se describen en la siguiente sección están cubiertos por Medicaid. Para cada beneficio enumerado, puede comparar lo que cubre el programa de Asistencia Médica y lo que cubre nuestro plan.

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Visitas de atención primaria	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare
Servicios médicos y quirúrgicos proporcionados por un dentista	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita a un especialista cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para los siguientes beneficios dentales preventivos: • Hasta 3 exámenes bucales por año • Hasta 3 limpiezas por año • 1 juego de radiografías dentales por año Límite de cobertura del plan de \$5,000 para beneficios dentales integrales complementarios cada año	\$0 de copago/ coseguro por cada visita a un especialista cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para los siguientes beneficios dentales preventivos: • Hasta 3 exámenes bucales por año • Hasta 3 limpiezas por año • 1 juego de radiografías dentales por año Límite de cobertura del plan de \$10,000 para beneficios dentales integrales complementarios cada año	\$0 de copago/ coseguro por cada visita a un especialista cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para los siguientes beneficios dentales preventivos: • Hasta 3 exámenes bucales por año • Hasta 3 limpiezas por año • 1 juego de radiografías dentales por año
Enfermera practicante registrada certificada	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Centro de salud calificado a nivel federal/clínica de salud rural	Sin límites excepto para los servicios de atención dental como se describe a continuación	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare Consulte también los servicios de atención dental que se describen a continuación.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare Consulte también los servicios de atención dental que se describen a continuación.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare Consulte también los servicios de atención dental que se describen a continuación.
Clínica Independiente	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare
Clínica hospitalaria ambulatoria	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare
Servicios de podología	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro para visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a una cada tres meses)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro para visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a una cada tres meses)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro para visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a una cada tres meses)
Servicios quiroprácticos	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Servicios de optometrista	2 visitas (exámenes) al año	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitado a una por año) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a uno por año)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitado a una por año) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a uno por año)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitado a una por año) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a uno por año)
Cuidados paliativos	La única limitación clave está relacionada con el cuidado de relevo, que no puede exceder un total de cinco días consecutivos en un período de certificación de 60 días.	\$0 de copago/ coseguro (Los cuidados paliativos están cubiertos por Original Medicare).	\$0 de copago/ coseguro (Los cuidados paliativos están cubiertos por Original Medicare).	\$0 de copago/ coseguro (Los cuidados paliativos están cubiertos por Original Medicare).
Radiología (incluidas radiografías, MRI y CT)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Servicios de atención dental	Procedimientos dentales diagnósticos, preventivos, restauradores, quirúrgicos, prótesis y sedación. Limitaciones clave: Dentaduras postizas: una arcada superior (completa o parcial) y una arcada inferior (completa o parcial) de por vida Rebases de dentaduras postizas, ya sean totales o parciales, limitados a un arco cada dos años calendario Exámenes orales: uno cada 180 días Profilaxis dental: una cada 180 días La película única panorámica de maxilar o mandíbula se limita a una cada cinco años calendario. Coronas, periodoncia y endodoncia únicamente con una excepción de límite de beneficios aprobada	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (se aplican límites) Asignación anual de \$5,000 para servicios dentales integrales complementarios	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (se aplican límites) Asignación anual de \$10,000 para servicios dentales integrales complementarios Dos implantes cubiertos cada 2 años	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (se aplican límites) Consulte el beneficio de la tarjeta Flex (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición.
Unidad de Procedimientos Cortos (SPU) en hospital ambulatorio	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare
Transporte médico que no sea de emergencia	Solo hacia y desde servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro para transporte de rutina a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan (65 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan).	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por transporte de rutina a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. 25 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	Sin cobertura.
Clínica, servicios y suministros de planificación familiar	Sin límites	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.
Diálisis renal	La capacitación inicial para diálisis domiciliar se limita a 24 sesiones por paciente al año. Las visitas de respaldo a las instalaciones están limitadas a 75 visitas al año.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare
Sala de emergencia	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare
Ambulancia (Emergencia)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Hospital de cuidados intensivos para pacientes internados u hospital de rehabilitación para pacientes internados	Sin límites	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 de deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día Excepto en caso de emergencia, su médico debe indicarle al plan que será ingresado en el hospital.

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid
Paquete de beneficios para adultos

Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	Sin límites	Obtiene hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica como paciente internado en su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 cada día por hasta 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	Obtiene hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica como paciente internado en su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 cada día por hasta 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	Obtiene hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica como paciente internado en su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 de deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 cada día hasta por 60 días de reserva de por vida Excepto en caso de emergencia, su médico debe indicarle al plan que será ingresado en el hospital.

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Pacientes hospitalizados por consumo de alcohol y drogas	Sin límites	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Se aplica un límite de por vida de 190 días si la estadía es en un hospital psiquiátrico. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día durante 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Se aplica un límite de por vida de 190 días si la estadía es en un hospital psiquiátrico. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día durante 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.	El plan cubre hasta 90 días por cada estadía como paciente hospitalizado. Además, existen 60 días de reserva de por vida. Se aplica un límite de por vida de 190 días si la estadía es en un hospital psiquiátrico. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 60: \$0 de deducible • Días 61 a 90: \$0 de copago/ coseguro cada día • \$0 de copago/ coseguro cada día durante 60 días de reserva de por vida Excepto en caso de emergencia, su médico debe indicarle al plan que será ingresado en el hospital.
Maternidad (médico, enfermeras parteras certificadas, centros de maternidad)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y enfermera partera certificada cubierto por Medicare; centros de maternidad no cubiertos	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y enfermera partera certificada cubierto por Medicare; centros de maternidad no cubiertos	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y enfermera partera certificada cubierto por Medicare; centros de maternidad no cubiertos

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Salud mental y abuso de sustancias (salud conductual), que incluye: Clínica psiquiátrica ambulatoria, tratamiento móvil de salud mental, tratamiento ambulatorio de drogas y alcohol, mantenimiento con metadona, clozapina, hospital psiquiátrico parcial, apoyo de pares, crisis y gestión de casos específicos.	Sin límites excepto: La gestión de casos específica para la salud conductual únicamente se limita a personas con enfermedades mentales graves. La gestión de casos específicos para otros fines además de la salud conductual se limita a personas identificadas en el grupo objetivo.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare Consulte también la cobertura de medicamentos recetados a continuación.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare Consulte también la cobertura de medicamentos recetados a continuación.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare Consulte también la cobertura de medicamentos recetados a continuación.
Medicamentos recetados	Sin límites	Para obtener más información sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de cobertura y el cuadro de costos de medicamentos recetados incluidos que se presentó anteriormente en el documento.	Para obtener más información sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de cobertura y el cuadro de costos de medicamentos recetados incluidos que se presentó anteriormente en el documento.	Para obtener más información sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de cobertura y el cuadro de costos de medicamentos recetados incluidos que se presentó anteriormente en el documento.
Suplementos nutricionales	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro cuando se obtiene a través del beneficio de venta libre del plan. Se aplica una asignación trimestral de \$250.	\$0 de copago/ coseguro cuando se obtiene a través del beneficio de venta libre del plan. Se aplica una asignación trimestral de \$200.	\$0 de copago/ coseguro cuando se obtiene a través del beneficio de venta libre del plan. Se aplica una asignación trimestral de \$300.

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Centro de enfermería especializada	365 días cubiertos al año	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere estadía previa en un hospital. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 20: \$0 de copago/coseguro cada día • Días 21 a 100: \$0 de copago/coseguro cada día	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere estadía previa en un hospital. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 20: \$0 de copago/coseguro cada día • Días 21 a 100: \$0 de copago/coseguro cada día	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere estadía previa en un hospital. Los importes por cada estadía hospitalaria son: • Días 1 a 20: \$0 de copago/coseguro cada día • Días 21 a 100: \$0 de copago/coseguro cada día
Atención médica domiciliaria (incluye servicios de enfermería, auxiliar de enfermería y terapia)	Ilimitado durante los primeros 28 días. Limitado a 15 días cada mes a partir de entonces.	\$0 de copago/coseguro por visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare	\$0 de copago/coseguro por visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare	\$0 de copago/coseguro por visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare
Centro de atención intermedia (ICF/IID y ICF/ORC)	No tiene límites pero requiere un nivel de atención institucional.	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Sin límites	\$0 de copago/coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare	\$0 de copago/coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare	\$0 de copago/coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid
Paquete de beneficios para adultos

Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Prótesis y órtesis	Los zapatos ortopédicos y los audífonos no están cubiertos. La cobertura de zapatos moldeados se limita a zapatos moldeados para condiciones graves de pies y tobillos y deformidades de tal grado que el beneficiario no puede usar zapatos comunes sin correcciones y modificaciones. La cobertura de modificaciones de zapatos ortopédicos y zapatos moldeados se limita únicamente a las modificaciones necesarias para la aplicación de un aparato ortopédico o férula. La cobertura de ayudas para la baja visión y prótesis oculares se limita a una cada dos años. La cobertura para un ocular se limita a una vez al año.	Entre \$0 y \$1,475 de copago para audífonos. El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico de un proveedor específico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel premium. \$0 de copago/ coseguro para dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para otros artículos cubiertos por Medicare Ayudas para la baja visión no cubiertas	Entre \$0 y \$1,475 de copago para audífonos. El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico de un proveedor específico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel premium. \$0 de copago/ coseguro para dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para otros artículos cubiertos por Medicare Ayudas para la baja visión no cubiertas	Consulte el beneficio de la Tarjeta Flex (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición. \$0 de copago/ coseguro para dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro para otros artículos cubiertos por Medicare Ayudas para la baja visión no cubiertas

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Anteojos y lentes de contacto	Anteojos limitados a 4 lentes y 2 monturas por año para personas diagnosticadas con afaquia. Marcos de lujo no incluidos. Lentes de contacto limitadas a 4 lentes por año para personas diagnosticadas con afaquia.	\$0 de copago/ coseguro por un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas \$0 de copago/ coseguro para anteojos complementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 al año): - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto	\$0 de copago/ coseguro por un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas \$0 de copago/ coseguro para anteojos complementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$200 al año): - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto	Consulte el beneficio de la tarjeta Flex (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición.
Suministros médicos	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare
Terapia (física, ocupacional, del habla)	Cubierto únicamente cuando lo brinda un hospital, una clínica para pacientes ambulatorios o un proveedor de atención médica domiciliaria.	\$0 de copago/ coseguro por visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare
Servicios de laboratorio	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Paquete de beneficios para adultos				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Servicios para dejar de fumar	70 unidades de 15 minutos cubiertas anualmente	Se cubren dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento al año	Se cubren dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento al año	Se cubren dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento al año

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Servicios basados en el hogar y la comunidad				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Servicios de la vida diaria para adultos Tecnología de asistencia Terapia conductual Asesoramiento sobre beneficios Evaluación de carrera Servicios de tareas del hogar Terapia de rehabilitación cognitiva Integración comunitaria Servicios de transición a la comunidad Asesoramiento Desarrollo de habilidades laborales Adaptaciones del hogar Comidas entregadas a domicilio Auxiliar médico domiciliario Salud en el hogar: enfermería Salud en el hogar: terapia ocupacional Salud en el hogar: fisioterapia Salud en el hogar: terapia del habla y el lenguaje	En integración comunitaria: Cada objetivo distinto no podrá exceder las 26 semanas. No se aprobarán más de 32 unidades por semana para una meta. Si el participante tiene múltiples objetivos, no se aprobarán más de 48 unidades por semana. (La Oficina de Vida a Largo Plazo se reserva el derecho de usar su criterio para autorizar más de 48 unidades [12 horas] de Integración Comunitaria en una semana. Se podrán autorizar hasta 21 horas semanales y períodos superiores a 26 semanas.) Los servicios de transición comunitaria están limitados a una suma combinada de \$4,000 por participante, de por vida, según la autorización previa de la oficina del programa de la Agencia Estatal de Medicaid.	Comidas entregadas a domicilio cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva cuando las ordena un médico, un profesional no médico o un coordinador de atención clínica de JHP. Consulte la sección Paquete de beneficios para adultos que se encuentra más arriba para obtener información sobre la cobertura de estos beneficios: • Atención médica domiciliaria • Transporte médico que no sea de emergencia • Equipo médico duradero • Suministros médicos Otros servicios enumerados no están cubiertos.	Comidas entregadas a domicilio cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva cuando las ordena un médico, un profesional no médico o un coordinador de atención clínica de JHP. Consulte la sección Paquete de beneficios para adultos que se encuentra más arriba para obtener información sobre la cobertura de estos beneficios: • Atención médica domiciliaria • Transporte médico que no sea de emergencia • Equipo médico duradero • Suministros médicos Otros servicios enumerados no están cubiertos.	Sin cobertura

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Servicios basados en el hogar y la comunidad				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Asesoría laboral Búsqueda de empleo Transporte no médico Asesoramiento nutricional Apoyos comunitarios dirigidos a los participantes Bienes y servicios dirigidos a los participantes Servicios de asistencia personal Sistema personal de auxilio para emergencias Erradicación de plagas Habilitación residencial Coordinación de servicios de relevo Suministros y equipos médicos especializados	El total de horas combinadas para los servicios de desarrollo de habilidades laborales o capacitación laboral se limita a 50 horas por semana calendario. Se requiere aprobación previa para exceder este límite. En Equipos y suministros médicos especializados, los artículos no cubiertos incluyen lo siguiente: Todos los medicamentos, compuestos y soluciones recetados y de venta libre (excepto toallitas y cremas protectoras). Artículos cubiertos por la responsabilidad de terceros pagadores.			

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid Servicios basados en el hogar y la comunidad				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Día estructurado Rehabilitación TeleCare Vehículo Modificaciones	Artículos que no brindan beneficios médicos o de recuperación directos o no están directamente relacionados con la discapacidad de un participante. Alimentos, complementos alimenticios, sucedáneos de alimentos (incluidas las fórmulas) y espesantes. Anteojos, marcos y lentes. Dentaduras postizas. Cualquier artículo que sea experimental o que haya sido negado por Medicare o Medicaid. Equipos recreativos o de ejercicio y dispositivos adaptativos para los mismos.			

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid Beneficios complementarios (no cubierto por Original Medicare)				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Acupuntura	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, limitado a 20 visitas por año.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, limitado a 20 visitas por año.	\$0 de copago/ coseguro por cada visita complementaria de acupuntura, limitado a 20 visitas por año.
Servicios dentales	Consulte Servicios de atención dental en la sección Paquete de beneficios para adultos que se encuentra más arriba para obtener detalles de la cobertura.	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (limitado a 1 visita por año) Asignación anual de \$5,000 para servicios dentales integrales complementarios	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (limitado a 1 visita por año) Asignación anual de \$10,000 para servicios dentales integrales complementarios Dos implantes cubiertos cada 2 años	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas al año \$0 de copago/ coseguro para radiografías (limitado a 1 visita por año) Consulte el beneficio de la Tarjeta de gastos flexibles (a continuación) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición.
Acondicionamiento Físico	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro para la membresía del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	\$0 de copago/ coseguro para la membresía del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	Sin cobertura

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid Beneficios complementarios (no cubierto por Original Medicare)				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Tarjeta de gastos flexibles	Cubierto a través del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) si es elegible	Para miembros elegibles Tarjeta de gastos flexibles: \$330 por cada trimestre calendario para productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro.	Para miembros elegibles Tarjeta de gastos flexibles: \$235 por cada trimestre calendario para productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro.	Para miembros elegibles Tarjeta de gastos flexibles: \$700 por cada trimestre calendario para productos agrícolas y otros alimentos cubiertos. La asignación debe usarse solo para artículos para el miembro. \$800 por año (año calendario) para artículos y servicios dentales, de la visión y de la audición.
Audición	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro por un examen de audición de rutina al año Entre \$0 y \$1,475 de copago. El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico de un proveedor específico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel prémium. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura.	\$0 de copago/ coseguro por un examen de audición de rutina al año Entre \$0 y \$1,475 de copago. El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico de un proveedor específico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel prémium. Para obtener más detalles, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.	\$0 de copago/ coseguro por un examen de audición de rutina al año Consulte el beneficio de la Tarjeta de gastos flexibles (consultar arriba) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid Beneficios complementarios (no cubierto por Original Medicare)				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Comidas	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro para comidas entregadas a domicilio durante hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva cuando lo ordena un médico, un profesional no médico o un coordinador de atención clínica de JHP.	\$0 de copago/ coseguro para comidas entregadas a domicilio durante hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva cuando lo ordena un médico, un profesional no médico o un coordinador de atención clínica de JHP.	Sin cobertura
Podología (Rutina)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita (limitado a una visita cada tres meses)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita (limitado a una visita cada tres meses)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita (limitado a una visita cada tres meses)
Artículos de venta libre	Sin cobertura	\$250 de asignación trimestral (los importes no utilizados no se pueden transferir de un trimestre calendario a otro)	\$200 de asignación trimestral (los importes no utilizados no se pueden transferir de un trimestre calendario a otro)	\$300 de asignación trimestral (los importes no utilizados no se pueden transferir de un trimestre calendario a otro)
Transporte (de rutina)	Disponible a través del Programa de Transporte de Asistencia Médica	\$0 de copago/ coseguro para 65 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	\$0 de copago/ coseguro para 25 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	Sin cobertura

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid Beneficios complementarios (no cubierto por Original Medicare)				
Categoría de beneficios	Medicaid	Planes de salud de Jefferson Especial (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Dual Pearl (HMO D-SNP) Dentro de la red	Planes de salud de Jefferson Select (HMO D-SNP) Dentro de la red
Cuidado de la vista	Dos exámenes cubiertos anualmente Anteojos y contactos limitados a personas diagnosticadas con afaquia (hasta dos monturas y cuatro lentes o cuatro lentes de contacto por año)	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina al año \$0 de copago/ coseguro para anteojos complementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 al año): • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Lentes de contacto	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina al año \$0 de copago/ coseguro para anteojos complementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$200 al año): • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Lentes de contacto	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina al año Consulte el beneficio de la Tarjeta de gastos flexibles (consultar arriba) para obtener una asignación anual que se puede utilizar para artículos y servicios de visión, dentales y de audición.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con el Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Comprenda sus beneficios

- ☐ En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora estén en la red. Si no están en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en el directorio, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas médicas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprenda las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de Medicare Part B. Esta prima suele deducirse de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no estén en el *Directorio de proveedores y farmacias*).
- ☐ Este es un plan para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Debe tener cobertura médica **completa** de Medicaid para inscribirse.
- ☐ Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede utilizar.