

Resumen de Beneficios para 2026

Jefferson Health Plans Medicare (H1619)

Jefferson Health Plans Flex (PPO) (plan 001)

Jefferson Health Plans Flex Plus (PPO) (plan 002)

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) (plan 003)

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Jefferson Health Plans Flex, Jefferson Health Plans Flex Plus y Jefferson Health Plans Flex Pro 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 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 Medicare tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que pague más 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 Flex, Jefferson Health Plans Flex Plus o Jefferson Health Plans Flex Pro, usted debe tener derecho a Medicare Part A y estar inscrito en Medicare Part B.

Nuestra área de servicio para Jefferson Health Plans Flex (001), Jefferson Health Plans Flex Plus (002) y Jefferson Health Plans Flex Pro (003) incluye los siguientes condados de 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 siete 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 (TTY 1-877-454-8477) 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.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Prima mensual del plan	\$0 Usted debe de continuar pagando su prima de Medicare Part B.	\$32.70 Usted debe de continuar pagando su prima de Medicare Part B.	\$18 Usted debe de continuar pagando su prima de Medicare Part B.
Deducible	Este plan no tiene deducible por servicios médicos. Hay un deducible de \$0 en los para medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible por servicios médicos. Hay un deducible de \$0 en los para medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible por servicios médicos. Hay un deducible de \$0 en los para medicamentos recetados.
Responsabilidad del monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	INN anual \$7,000 OON anual \$10,000 Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	INN anual \$6,500 OON anual \$10,000 Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	INN anual \$6,000 OON anual \$9,000 Lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.

	Jefferson Health Plans Flex		Jefferson Health Plans Flex Plus		Jefferson Health Plans Flex Pro	
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	No hay deducible de medicamentos recetados para los planes Flex, Flex Plus o Flex Pro (PPO) de 2026.					
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro			
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 2 Medicamentos genéricos	\$5 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% 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 4 Medicamento no preferido	32% de coseguro	32% de coseguro	32% de coseguro	32% de coseguro	34% de coseguro	34% 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	33% de coseguro	No hay suministro a	33% de coseguro	No hay suministro a	33% de coseguro	No hay suministro a largo plazo disponible para

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus		Jefferson Health Plans Flex Pro		
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)
Insulinas seleccionadas (todas las insulinas cubiertas en los niveles 3, 4 y 5)	\$35 de copago	largo plazo disponible para medicamentos de especialidad.	\$35 de copago	largo plazo disponible para medicamentos de especialidad.	\$35 de copago	medicamentos de especialidad.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
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.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
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 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 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 Medicare o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Cobertura hospitalaria para pacientes internados★	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$250 de copago cada día para los días 1 - 6 • \$0 de copago cada día para los días 7 - 90 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: • \$435 de copago por estadía 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: • \$375 de copago por estadía 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.
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios			
Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios☆	\$300 de copago	\$250 de copago	\$200 de copago
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$300 de copago por estadía	\$250 de copago por estadía	\$200 de copago por estadía
Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio★	\$200 de copago	\$150 de copago	\$125 de copago
Consultas al médico			
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$25 de copago	\$20 de copago	\$0 de copago

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Atención preventiva cubierta por Medicare			
Consulta para el examen físico anual	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Visita anual de bienestar	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Enemas de bario	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Tacto rectal	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
EKG después de los servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Detección de glaucoma	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención médica de emergencia	\$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No hay el copago si ingresa en el mismo centro dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.	\$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No hay el copago si ingresa en el mismo centro dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.	\$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No hay el copago si ingresa en el mismo centro dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.
Atención médica urgente	\$20 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare. No se renuncia al copago si es ingresado en el hospital.	\$10 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare. No se renuncia al copago si es ingresado en el hospital.	\$15 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare. No se renuncia al copago si es ingresado en el hospital.

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico★	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, CT y medicina nuclear)★	\$250 de copago	\$250 de copago	\$170 de copago
Pruebas de diagnóstico por imágenes ambulatorias (como radiografías, ecografías y mamografías)☆	\$30 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
Radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer)★	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios de audición			
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$25 de copago Es posible que se aplique un copago adicional por la atención de un especialista.	\$20 de copago Es posible que se aplique un copago adicional por la atención de un especialista.	\$15 de copago Es posible que se aplique un copago adicional por la atención de un especialista.
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago Limitado a 1 visita cada año.	\$0 de copago Limitado a 1 visita cada año.	\$0 de copago Limitado a 1 visita cada año.

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Audífonos	\$500 - \$1,975 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.	\$500 - \$1,975 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.	\$500 - \$1,975 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.
Servicios dentales			
Servicios dentales preventivos	Usted paga \$0 de copago por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 de copago por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 de copago por 3 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites).
Servicios dentales cubiertos por Medicare★	\$25 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$20 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$15 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare
Servicios dentales integrales complementarios★	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/ maxilofacial. El plan paga \$1,000 por año para servicios dentales integrales complementarios.	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/ maxilofacial. El plan paga \$2,000 por año para servicios dentales integrales complementarios.	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/ maxilofacial. El plan paga \$2,000 por año para servicios dentales integrales complementarios.

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Cuidado de la vista			
Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes: - Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista - Anteojos después de la cirugía de cataratas	\$25 de copago por servicios cubiertos por Medicare (es posible que se aplique adicionalmente un copago de especialista).	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare (es posible que se aplique adicionalmente un copago de especialista).	\$15 de copago por servicios cubiertos por Medicare (es posible que se aplique adicionalmente un copago de especialista).
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago por examen de la vista de rutina (limitado a 1 visita cada año)	\$0 de copago por examen de la vista de rutina (limitado a 1 visita cada año)	\$0 de copago por examen de la vista de rutina (limitado a 1 visita cada año)
Anteojos complementarios (montura y lentes) o lentes de contacto	Usted paga \$0 de copago para su elección de uno de los siguientes, hasta \$0 - \$200 por año: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto	Usted paga \$0 de copago para su elección de uno de los siguientes, hasta \$0 - \$200 por año: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto	Usted paga \$0 de copago para su elección de uno de los siguientes, hasta \$0 - \$300 por año: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios de salud mental			
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico★	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$250 de copago cada día para los días 1 - 6 • \$0 de copago para los días 7 - 90 Nuestros planes cubren 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). Nuestros planes cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$435 de copago por estadía Nuestros planes cubren 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). Nuestros planes cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Por cada ingreso/estadía hospitalaria usted paga: • \$375 de copago por estadía Nuestros planes cubren 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). Nuestros planes cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.
Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio☆	\$35 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio☆	\$35 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Servicios psiquiátricos☆	\$35 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Hospitalización parcial★	\$70 de copago por día	\$70 de copago por día	\$70 de copago por día

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Centro de enfermería especializada★	Días 1 - 20: \$0 de copago por día Días 21 - 100: \$175 de copago 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 por día Días 21 - 100: \$160 de copago 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 por día Días 21 - 100: \$160 de copago 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★	Terapia ocupacional \$35 Terapia física y terapia del habla y del lenguaje \$35	Terapia ocupacional \$20 Terapia física y terapia del habla y del lenguaje \$20	Terapia ocupacional \$20 Terapia física y terapia del habla y del lenguaje \$20
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre☆	\$250 de copago Esta distribución de costos no se aplica si usted es admitido en el hospital.	\$250 de copago Esta distribución de costos no se aplica si usted es admitido en el hospital.	\$225 de copago Esta distribución de costos no se aplica si usted es admitido en el hospital.
Ambulancia aérea★	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Transporte (de rutina)	Sin cobertura	\$0 de copago/coseguro para 50 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	Sin cobertura

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Medicamentos recetados de Medicare Part B			
Medicamentos de quimioterapia★	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B☆	20% de coseguro Se puede aplicar terapia escalonada	20% de coseguro Se puede aplicar terapia escalonada	20% de coseguro Se puede aplicar terapia escalonada
Acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja			
Acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico	\$0 de copago 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 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 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	\$10 de copago por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.	\$0 de copago por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.	\$10 de copago por cada visita complementaria de acupuntura, con un límite de 20 visitas por año.
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios quiroprácticos			
Servicios cubiertos por Medicare:	\$15 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
• Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones			
Visitas de rutina	\$20 de copago / 6 visitas por año	\$20 de copago / 6 visitas por año	\$20 de copago / 6 visitas por año

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Suministros para diabéticos ★	0-20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.	0-20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.	0-20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20% de coseguro para todos los demás suministros para diabéticos de la Parte B.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados ★	20% de coseguro El DME debe obtenerse únicamente de proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará compras realizadas en tiendas minoristas o en línea fuera de la red.	20% de coseguro El DME debe obtenerse únicamente de proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará compras realizadas en tiendas minoristas o en línea fuera de la red.	20% de coseguro El DME debe obtenerse únicamente de proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará compras realizadas en tiendas minoristas o en línea fuera de la red.
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago para la membresía de SilverSneakers® o para la membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia y del PASSi Evergreen Center.	\$0 de copago para la membresía de SilverSneakers® o para la membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia y del PASSi Evergreen Center.	\$0 de copago para la membresía de SilverSneakers® o para la membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia y del PASSi Evergreen Center.
Atención médica domiciliaria ★	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$35 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

[illegible]

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Tarjeta complementaria Flex Card	Los miembros pueden recibir \$3,500 por año para gastos adicionales en visión, odontología y audición. Los importes no utilizados no se transferirán.	Los miembros pueden recibir \$5,000 por año para gastos adicionales en visión, odontología y audición. Los importes no utilizados no se transferirán.	Los miembros pueden recibir \$5,000 por año para gastos adicionales en visión, odontología y audición. Los importes no utilizados no se transferirán.
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 por cada servicio de telesalud del PCP \$25 de copago por cada servicio de telesalud del especialista \$35 de copago por cada sesión individual especializada de salud mental \$35 de copago por cada sesión individual de psiquiatría 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 por cada servicio de telesalud del PCP \$20 de copago por cada servicio de telesalud del especialista \$20 de copago por cada sesión individual especializada de salud mental \$20 de copago por cada sesión individual de psiquiatría 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 por cada servicio de telesalud del PCP \$0 de copago por cada servicio de telesalud del especialista \$20 de copago por cada sesión individual especializada de salud mental \$20 de copago por cada sesión individual de psiquiatría 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.

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Jefferson Health Plans Flex	Jefferson Health Plans Flex Plus	Jefferson Health Plans Flex Pro
Beneficios médicos (Parte C)			
Servicios de 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 por servicios de telemonitoreo.	\$0 de copago por servicios de telemonitoreo.	\$0 de copago por servicios de telemonitoreo.
Cobertura de emergencias/ urgencia en todo el mundo	\$0 de copago por hasta un máximo de \$50,000 por año.	\$0 de copago por hasta un máximo de \$50,000 por año.	\$0 de copago por hasta un máximo de \$50,000 por año.

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

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.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- ☐ 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.