

2027 Resumen de beneficios

Jefferson Health Plans (H9207)

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

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

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

Este es un resumen de medicamentos y servicios médicos 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 2027 al 31 de diciembre de 2027.

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 enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Véalo en línea en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare u obtenga una copia llamando Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (TTY 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 a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (TTY 877-454-8477).

Jefferson Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica. Si utiliza proveedores que no están dentro de la red, 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 los proveedores y las farmacias de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de farmacias y proveedores*. Estos documentos están disponibles en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llamando al plan al 1-866-901-8000 (TTY 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 Asistencia Médica (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 servicios para Jefferson Health Plans Special (004) incluye los siguientes condados de Pennsylvania: Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Bradford, Bucks, Butler, Carbon, Chester, Clarion, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Erie, Forest, Franklin, Fulton, Greene, Huntingdon, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Monroe, Montgomery, Montour, Northampton, Perry, Philadelphia, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Venango, Warren, Washington, Wayne, Wyoming, and York condados.

Nuestra área de servicios para Jefferson Health Plans Dual Pearl (016) incluye los siguientes condados de Pennsylvania: Adams, Allegheny, Berks, Bradford, Bucks, Carbon, Chester, Cumberland, Dauphin,

Delaware, Erie, Franklin, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Schuylkill, and York condados.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual “Medicare y Usted” actual. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando a 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 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, coseguro y deducibles de medicamentos recetados pueden variar según su elegibilidad para Ayuda Adicional (Extra Help). Comuníquese con el plan para obtener más información.

Importante: La inscripción en Jefferson Health Plans Special está limitada a los beneficiarios de Medicare que también son elegibles para las categorías de Medicaid QMB+, SLMB+ o FBDE. Los montos de Gastos compartidos para servicios médicos en la siguiente tabla de beneficios asumen la elegibilidad activa. En caso de que pierda la elegibilidad para Medicaid y opte por permanecer en el plan Special hasta por 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 costo compartido no será de más del 20%-30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional acerca de costo compartido 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. Los montos de Gastos compartidos para servicios médicos en la siguiente tabla de beneficios asumen la elegibilidad activa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y decide permanecer en el Dual Pearl Plan hasta por seis meses mientras intenta recuperar la elegibilidad, usted será responsable de pagar el monto de la distribución de costos. En este caso, su costo compartido no será de más del 20%-30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional acerca de costo compartido 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. Los montos de Gastos compartidos para servicios médicos en la siguiente tabla de beneficios asumen la elegibilidad activa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y decide permanecer en el Select Plan hasta por seis meses mientras intenta recuperar la elegibilidad, usted será responsable de pagar el monto de la distribución de costos. En este caso, su costo compartido no será de más del 20%-30% de coseguro para la mayoría de los beneficios. Para obtener información adicional acerca de costo compartido durante este período, consulte la *Evidencia de Cobertura del plan*.

Incluso si es elegible para el 0% de costo compartido, recuerde que generalmente solo debe obtener servicios de proveedores Jefferson Health Plans que también participan en el programa de Asistencia Médica; de lo contrario, es posible que la Asistencia Médica no pague al proveedor y usted será responsable de pagar el monto más alto de costo compartido.

Comuníquese con Asistencia Médica si necesita información adicional sobre su nivel de costo compartido.

Nota sobre cobertura de medicamentos recetados:

Se considera que los miembros de las categorías de Medicaid anteriores se consideran automáticamente elegibles para el Subsidio por bajos ingresos de Medicare, también conocido como “Ayuda Adicional (Extra Help)”. El costo compartido para medicamentos recetados en este Resumen de Beneficios asume esta elegibilidad.

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

H9207_MCE-810MR-9172_M

Prima, deducible y límites

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Medicare Part B, a menos que la pague Medicaid.	\$0 Nota: Si su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual de hasta \$12.80.	\$0 Nota: Si su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual de hasta \$12.80.	\$0 Nota: Si su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual de hasta \$12.80.
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 \$305. Hay un deducible de \$0 para los medicamentos recetados mientras usted recibe Ayuda Adicional (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional (Extra Help), puede ser responsable de hasta \$700 de 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 \$305. Hay un deducible de \$0 para los medicamentos recetados mientras usted recibe Ayuda Adicional (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional (Extra Help), puede ser responsable de hasta \$700 de 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 \$305. Hay un deducible de \$0 para los medicamentos recetados mientras usted recibe Ayuda Adicional (Extra Help). Si pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional (Extra Help), puede ser responsable de hasta \$700 de deducible.
Monto máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados)</i>	\$9,850 anualmente El monto máximo que paga por los copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	\$9,850 anualmente El monto máximo que paga por los copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	\$9,850 anualmente El monto máximo que paga por los copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.

Beneficios de Medicamentos Recetados

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no pagó su deducible.

	Jefferson Health Plans Special (004)		Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)		Jefferson Health Plans Select (017)	
Etapas 1: Deducible	Hay \$700 de deducible en los niveles 2, 3, 4 y 5 para 2027.		Hay \$700 de deducible en los niveles 2, 3, 4 y 5 para 2027.		Hay \$700 de deducible en los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 para 2027.	
Etapas 2: Cobertura inicial						
	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Tier 1: Genéricos preferidos	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	25 % coseguro	25 % coseguro
Tier 2: Genéricos	20 % coseguro	20 % coseguro	20 % coseguro	20 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Tier 3: Medicamentos de marca preferidos	24 % coseguro	24 % coseguro	24 % coseguro	24 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Insulinas	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago
Tier 4: Medicamento no preferido	29 % coseguro	29 % coseguro	29 % coseguro	29 % coseguro	26 % coseguro	26 % coseguro
Insulinas	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago

	Jefferson Health Plans Special (004)		Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)		Jefferson Health Plans Select (017)	
Tier 5: Medicamentos especializados	25 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicame- ntos especializa- dos.	25 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicame- ntos especializa- dos.	25 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicame- ntos especializa- dos.
Tier 6: Medicamentos para atención selecta	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago

Cobertura catastrófica

Una vez que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los comprados en farmacias minoristas y por correo) alcancen los \$2,400, el plan pagará el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Cobertura de farmacias de atención a largo plazo y farmacias fuera de la red

Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o por un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, tal como se indica arriba.

No se ofrecen suministros extendidos en farmacias fuera de la red ni en farmacias de atención a largo plazo.

Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* del plan en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 877-454-8477).

Beneficios de la Parte C

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Hospital			
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados*	Por cada admisión hospitalaria/ hospitalización usted paga \$0.	Por cada admisión hospitalaria/ hospitalización usted paga \$0.	Por cada admisión hospitalaria/ hospitalización usted paga \$0.
* Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.	Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios			
Cirugía para pacientes ambulatorios [☆]	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Servicios de observación	\$0 copago por estadía	\$0 copago por estadía	\$0 copago por estadía
Centro de cirugía ambulatoria[★]	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Visitas al médico y atención preventiva			
Visitas al médico			
Proveedor de atención primaria	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Especialista	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Atención preventiva			
Visita física anual	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Visita anual de bienestar	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Enemas de bario	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Exámenes de tacto rectal	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
EKG después de los servicios preventivos	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Prueba de detección de glaucoma	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Atención de emergencia y urgencia			
Atención de emergencia	\$0 copago for each Medicare-covered emergency room visit.	\$0 copago for each Medicare-covered emergency room visit.	\$0 copago for each Medicare-covered emergency room visit.
Servicios que se necesitan con urgencia	\$0 copago for each Medicare-covered urgent care visit.	\$0 copago for each Medicare-covered urgent care visit.	\$0 copago for each Medicare-covered urgent care visit.
Pruebas diagnósticas ambulatorias, radioterapia, radiografías y laboratorios			
Servicios de diagnóstico/ laboratorios/diagnóstico por imágenes Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones)★	\$0 copago		
Servicios de laboratorio★	\$0 copago		
Pruebas y procedimientos diagnósticos★	\$0 copago		
Radiografías ambulatorias★	\$0 copago		
Radiología terapéutica★	\$0 copago		
Audición / Odontología / Visión			
Servicios auditivos			
Examen de diagnóstico	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Examen auditivo de rutina	\$0 copago por exámenes auditivos de rutina (limitado a 1 visitas todos los años)	\$0 copago por exámenes auditivos de rutina (limitado a 1 visitas todos los años)	\$0 copago por exámenes auditivos de rutina (limitado a 1 visitas visit todos los años)
Audífonos	\$0 - \$1,475 copago para audífonos, limitado a todos los años (ambos oídos combinados). Se aplica un mínimo de copago a los audífonos de nivel básico, mientras que un máximo de copago se aplica a las opciones de nivel premium.	\$0 - \$1,475 copago para audífonos, limitado a todos los años (ambos oídos combinados). Se aplica un mínimo de copago a los audífonos de nivel básico, mientras que un máximo de copago se aplica a las opciones de nivel premium.	Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Servicios dentales			
Servicios dentales preventivos	Usted paga \$0 copago por 3 exámenes y limpiezas todos los años. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 copago por 3 exámenes y limpiezas todos los años. Radiografías cubiertas (se aplican límites).	Usted paga \$0 copago por 3 exámenes y limpiezas todos los años. Radiografías cubiertas (se aplican límites).
Servicios dentales cubiertos por Medicare [☆]	\$0 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$0 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$0 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare
Servicios dentales integrales complementarios [★]	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen: • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía oral/maxilofacial	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen: • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía oral/maxilofacial • Servicios de implantes	Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
[★] Se requiere autorización previa. [☆] Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	El plan paga \$5,000 todos los años para servicios dentales integrales complementarios	El plan paga \$4,000 todos los años para servicios dentales integrales complementarios	
Servicios oftalmológicos Los servicios cubiertos por Medicare incluyen: - Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oftalmológicas - Anteojos después de una cirugía de cataratas Examen de rutina la vista (sin Medicare) Anteojos de rutina (sin Medicare)	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por exámenes de la vista de rutina (limitado a 1 visitas Todos los años) Usted paga un \$0 copago por su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 Todos los años: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por exámenes de la vista de rutina (limitado a 1 visitas Todos los años) Usted paga un \$0 copago por su elección de uno de los siguientes, hasta \$200 Todos los años: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por exámenes de la vista de rutina (limitado a 1 visitas Todos los años) Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Servicios de salud mental			
Visitas como paciente internado*	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga \$0 Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga \$0 Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga \$0 Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días “adicionales”.	un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días “adicionales”.	un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días “adicionales”.
Visitas para pacientes ambulatorios ★			
Terapia individual y grupal	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Servicios psiquiátricos individuales y grupales	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Centro de Enfermería Especializada (SNF)			
Centro de enfermería especializada ★	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$0 copago por día para los días del 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada durante cada periodo de beneficios. (El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$0 copago por día para los días del 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada durante cada periodo de beneficios. (El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$0 copago por día para los días del 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada durante cada periodo de beneficios. (El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. Un nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Externos			
Terapia★			
Terapia ocupacional	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Terapia física, del habla y del lenguaje	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Transporte Médico			
Ambulancia			
Tierra☆	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Aire☆	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Transporte	\$0 copago/coseguro por 40 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan y relacionados con la salud.	\$0 copago/coseguro for 25 one-way trips each year to plan-approved, health-related locations.	No está cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos para quimioterapia★	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Otros medicamentos de la Parte B☆	\$0 copago Se puede aplicar terapia escalonada	\$0 copago Se puede aplicar terapia escalonada	\$0 copago Se puede aplicar terapia escalonada
Insulina	\$0 copago Usted no paga más de \$35 cada mes	\$0 copago Usted no paga más de \$35 cada mes	\$0 copago Usted no paga más de \$35 cada mes
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

Beneficios Adicionales

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Beneficios Adicionales			
Acupuntura Acupuntura médicamente necesaria para el dolor crónico de espalda baja Servicios de acupuntura suplementarios	\$0 de copago por cada visita para el dolor crónico de espalda baja médicamente necesaria. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones. \$0 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 20 visitas todos los años.	\$0 de copago por cada visita para el dolor crónico de espalda baja médicamente necesaria. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones. \$0 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 20 visitas todos los años.	\$0 de copago por cada visita para el dolor crónico de espalda baja médicamente necesaria. Se cubren hasta 12 visitas durante 90 días y 8 visitas adicionales durante el año, sujetas a limitaciones y restricciones. \$0 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 20 visitas todos los años.
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Servicios quiroprácticos* Médicamente necesarios: Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Suministros para la diabetes[☆]	\$0 copago por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B	\$0 copago por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B	\$0 copago por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos y suministros médicos*	\$0 copago El DME debe obtenerse solo de los proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará las compras realizadas en tiendas minoristas fuera de la red ni en tiendas en línea	\$0 copago El DME debe obtenerse solo de los proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará las compras realizadas en tiendas minoristas fuera de la red ni en tiendas en línea	\$0 copago El DME debe obtenerse solo de los proveedores de la red de JHP. JHP no reembolsará las compras realizadas en tiendas minoristas fuera de la red ni en tiendas en línea
Programa de acondicionamiento físico	\$0 copago para la membresía de SilverSneakers® o membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia	\$0 copago para la membresía de SilverSneakers® o membresía del Salvation Army Kroc Center de Philadelphia	No está cubierto
Atención médica domiciliaria*	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Beneficio de comidas Cubre hasta cuatro semanas, una vez por año calendario, para los miembros con diabetes no controlada o insuficiencia cardíaca congestiva, cuando así lo indique un médico, un profesional de la salud que no sea médico o un coordinador de atención clínica de JHP.	\$0 copago por hasta 28 días al año. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0 copago por hasta 28 días al año. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Sin cobertura.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Artículos de venta libre (OTC) Este es un beneficio mensual. Para los miembros elegibles, el beneficio de	\$0 copago por hasta \$215 cada mes para artículos OTC elegibles. Los montos no utilizados no se transferirán de un mes a otro	\$0 copago por hasta \$100 cada mes para artículos OTC elegibles. Los montos no utilizados no se transferirán de un mes a otro	\$0 copago por hasta \$315 cada mes para artículos OTC elegibles. Los montos no utilizados no se transferirán de un mes a otro
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
SSBCI se combina con su beneficio de OTC.	El subsidio debe utilizarse solo en artículos para el miembro.	El subsidio debe utilizarse solo en artículos para el miembro.	El subsidio debe utilizarse solo en artículos para el miembro.
Hospitalización parcial★	\$0 copago por día	\$0 copago por día	\$0 copago por día
Servicios de podología Los servicios cubiertos por Medicare incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores Cuidado de los pies de rutina, incluido el tratamiento de callosidades/callos, cuidado de las uñas y otros cuidados preventivos/de mantenimiento.	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)
Prostéticos/ortóticos★	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Tarjeta flex suplementaria Asignación para beneficios adicionales de visión, odontología y audición. Los importes no utilizados no se acumularán para el siguiente periodo.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	\$550 todos los años
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Tarjeta flex suplementaria (SSBCI) El subsidio por alimentos y servicios públicos se combinará con el subsidio para OTC para aquellos que califiquen para SSBCI. Para los miembros elegibles, este beneficio de SSBCI se combina con su beneficio de OTC. Para ver si puede calificar, consulte la página 14.	Los miembros pueden recibir \$215 cada mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro.	Los miembros pueden recibir \$100 cada mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro.	Los miembros pueden recibir \$315 cada mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro.
Telesalud Tiene la opción de recibir atención médica y otros servicios a través de una visita en persona o a través de telesalud utilizando tecnología electrónica de audio y video. Si decide recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor que esté configurado para proporcionar el servicio a través de telesalud.	\$0 copago por cada servicio de telesalud del PCP \$0 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$0 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$0 copago por cada sesión individual de servicio psiquiátrico Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios que requieren autorización para las visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se proporcionan a través de telesalud.	\$0 copago por cada servicio de telesalud del PCP \$0 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$0 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$0 copago por cada sesión individual de servicio psiquiátrico Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios que requieren autorización para las visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se proporcionan a través de telesalud.	\$0 copago por cada servicio de telesalud del PCP \$0 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$0 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$0 copago por cada sesión individual de servicio psiquiátrico Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios que requieren autorización para las visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se proporcionan a través de telesalud.
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Telemonitorización Un programa de telemonitorización en el hogar está cubierto para los 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 copago por servicios de telemonitorización	\$0 copago por servicios de telemonitorización	\$0 copago por servicios de telemonitorización
Cobertura internacional de emergencia/urgencia	\$0 copago hasta un máximo de \$50,000 cada año	\$0 copago hasta un máximo de \$50,000 cada año	\$0 copago hasta un máximo de \$50,000 cada año
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Los miembros con una afección de salud crónica que cumpla con los requisitos pueden ser elegibles para los beneficios SSBCI y tener acceso a un beneficio de tarjeta de gastos flexibles. Las afecciones que cumplen con los requisitos incluyen: trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad/síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (ERC), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, estado posterior a un trasplante de órganos, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con deterioro cognitivo y afecciones que implican limitaciones funcionales. Para conocer los requisitos de acceso a estos beneficios, consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.

Jefferson Health Plans ofrece beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para ser elegible para este beneficio SSBCI, debe padecer al menos una de las afecciones crónicas cubiertas. También debe cumplir con los criterios de cobertura del plan y ser un afiliado con una enfermedad crónica, según la definición de Medicare, para recibir este beneficio. No todos los miembros con las afecciones crónicas enumeradas serán elegibles para recibir el beneficio.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid paquete de beneficios para adultos

Para ayudarle a entender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla describe los costos de ciertos servicios como beneficiario de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) y como miembro de los planes de Jefferson Health Plans Special, Dual Pearl y Select. Para inscribirse en los planes de Jefferson Health Plan Special, Dual Pearl y Select, debe tener doble elegibilidad total o parcial, lo que significa que califica para Medicare Part A y Medicare Part B y también recibe los beneficios completos de Medicaid.

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

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

Medicaid cubrirá los montos de distribución de costos solo cuando su médico de atención primaria y otros proveedores participen en el programa Medicaid. Tanto nuestros directorios de proveedores impresos como en línea incluyen información para ayudarle 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 de Community HealthChoices o tarjeta ACCESS en cualquier momento que reciba servicios de atención médica.

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

Los beneficios descritos en las secciones anteriores del Resumen de Beneficios están cubiertos por los planes de Jefferson Health Plans 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.

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Visita 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 de médicos y servicios médicos y quirúrgicos proporcionados por un dentista	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita al especialista cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita al especialista cubierta por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por cada visita al especialista cubierta por Medicare

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		\$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por los siguientes beneficios dentales preventivos: • hasta 3 exámenes bucales cada año • hasta 3 limpiezas cada año • 1 conjunto de radiografías dentales cada año \$5,000 de límite de cobertura para beneficios dentales integrales complementarios todos los años	\$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por los siguientes beneficios dentales preventivos: • hasta 3 exámenes bucales cada año • hasta 3 limpiezas cada año • 1 conjunto de radiografías dentales cada año \$4,000 de límite de cobertura para beneficios dentales integrales complementarios todos los años	\$0 de copago/ coseguro por beneficios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por los siguientes beneficios dentales preventivos: • hasta 3 exámenes bucales cada año • hasta 3 limpiezas cada año • 1 conjunto de radiografías dentales cada año Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Profesional de enfermería registrado y certificado	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
Centro de salud con calificación federal/Clínica de salud rural	Sin límites, excepto para los servicios dentales	\$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

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	que se describen a continuación	Consulte también los servicios dentales que se describen a continuación.	Consulte también los servicios dentales que se describen a continuación.	Consulte también los servicios dentales 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 para pacientes ambulatorios	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 podólogo	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago/ coseguro por 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 por 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 por 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 médicamente necesaria	\$0 de copago/ coseguro por cada visita médicamente necesaria	\$0 de copago/ coseguro por cada visita médicamente necesaria
Servicios de optometría	2 visitas (exámenes) por año	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitada a una anual) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a un examen anual)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitada a una anual) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a un examen anual)	\$0 de copago/ coseguro por cada visita cubierta por Medicare (limitada a una anual) \$0 de copago/ coseguro por examen de rutina (limitado a un examen anual)

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Atención en un hospicio	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 (La atención en un hospicio está cubierta por Medicare Original).	\$0 de copago/ coseguro (La atención en un hospicio está cubierta por Medicare Original).	\$0 de copago/ coseguro (La atención en un hospicio está cubierta por Medicare Original).
Radiología (incluyendo 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
Servicios dentales	Procedimientos dentales diagnósticos, preventivos, de restauración, quirúrgicos, prostodoncia y sedación Principales limitaciones: Dentaduras postizas: un arco superior (completa o parcial) y un arco inferior (completa o parcial) de por vida Revestimientos de dentaduras postizas, ya sean completos o parciales, limitados a un arco cada dos años calendario Exámenes bucales: uno cada 180 días	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (se aplican límites) \$5,000 de subsidio anual 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 anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (se aplican límites) \$4,000 de subsidio anual para servicios dentales integrales complementarios Dos implantes cubiertos por período de 2 años	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (se aplican límites) Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	Profilaxis dental: una cada 180 días La radiografía panorámica de maxilar o mandibular se limita a una cada cinco años calendario. Coronas, periodoncia y endodoncia solo con una excepción de límite de beneficio aprobada			
Unidad de procedimiento corto hospitalario (SPU) para pacientes ambulatorios	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
Centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios (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 es de emergencia	Solo para ida y vuelta de los servicios cubiertos por Medicaid	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por transporte de rutina a lugares aprobados por el plan, relacionados con la salud. 40 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio cubierto por Medicare \$0 de copago/ coseguro por transporte de rutina a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud. 25 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan y	Sin cobertura.

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		plan, relacionados con la salud.	relacionados con la salud.	
Clínica de planificación familiar, servicios y suministros	Sin límites	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.
Diálisis renal	El entrenamiento inicial para la diálisis domiciliaria se limita a 24 sesiones por paciente al año. Las visitas de respaldo al centro se limitan a 75 visitas anuales	\$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 emergencias	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
Servicio de 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
Hospital de cuidados agudos para pacientes hospitalizados u hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Sin límites	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		\$0 de copago/ coseguro por día Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	\$0 de copago/ coseguro por día Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	\$0 de copago/ coseguro por día Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.
Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados	Sin límites	Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes hospitalizados durante toda su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para la limitación de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general. Los montos por cada hospitalización son: Días 1–60: \$0 de deducible	Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes hospitalizados durante toda su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para la limitación de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general. Los montos por cada hospitalización son: Días 1–60: \$0 de deducible	Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes hospitalizados durante toda su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para la limitación de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general. Los montos por cada hospitalización son: Días 1–60: \$0 de deducible

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		- Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 por día durante un máximo de 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	- Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 por día durante un máximo de 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	- Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 por día durante un máximo de 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.
Drogas y alcohol para pacientes hospitalizados	Sin límites	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. El límite de 190 días de por vida se aplica si la hospitalización es en un hospital psiquiátrico. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 de copago/ coseguro por día por 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. El límite de 190 días de por vida se aplica si la hospitalización es en un hospital psiquiátrico. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 de copago/ coseguro por día por 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su	El plan cubre hasta 90 días por cada hospitalización. Además, hay 60 días de reserva de por vida. El límite de 190 días de por vida se aplica si la hospitalización es en un hospital psiquiátrico. Los montos por cada hospitalización son: - Días 1–60: \$0 de deducible - Días 61–90: \$0 de copago/ coseguro por día \$0 de copago/ coseguro por día por 60 días de reserva de por vida Excepto en una emergencia, su

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.	médico debe informar al plan que a usted lo admitirán en el hospital.
Maternidad (médico, enfermeras parteras certificadas, centros de maternidad)	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y servicio de enfermera partera certificada cubierto por Medicare; los centros de maternidad no están cubiertos	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y servicio de enfermera partera certificada cubierto por Medicare; los centros de maternidad no están cubiertos	\$0 de copago/ coseguro por cada servicio de médico y servicio de enfermera partera certificada cubierto por Medicare; los centros de maternidad no están cubiertos
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 específicos para la salud conductual solo se limita a personas con enfermedades mentales graves. La gestión de casos específicos para otros fines que no sean la salud conductual se limita a las 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 También consulte 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 También consulte 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 También consulte la cobertura de Medicamentos recetados a continuación.
Medicamentos recetados	Sin límites	Para obtener más detalles sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de Cobertura y el cuadro de costos de medicamentos	Para obtener más detalles sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de Cobertura y el cuadro de costos de medicamentos	Para obtener más detalles sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte su Evidencia de Cobertura y el cuadro de costos de medicamentos

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		recetados incluido que se enumeró anteriormente en el documento.	recetados incluido que se enumeró anteriormente en el documento.	recetados incluido que se enumeró 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 un subsidio mensual de \$215.	\$0 de copago/ coseguro cuando se obtiene a través del beneficio de venta libre del plan. Se aplica un subsidio mensual de \$100.	\$0 de copago/ coseguro cuando se obtiene a través del beneficio de venta libre del plan. Se aplica un subsidio mensual de \$315.
Centro de enfermería especializada	365 días cubiertos anualmente	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. Los montos por cada hospitalización son • Días 1–20: \$0 de copago/ coseguro por día • Días 21–100: \$0 de copago/ coseguro por día	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. Los montos por cada hospitalización son • Días 1–20: \$0 de copago/ coseguro por día • Días 21–100: \$0 de copago/ coseguro por día	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. Los montos por cada hospitalización son • Días 1–20: \$0 de copago/ coseguro por día • Días 21–100: \$0 de copago/ coseguro por día
Atención médica en el hogar (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 las visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por las visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por las visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Centro de cuidados intermedios (ICF/IID e ICF/ORC)	No hay límites, pero requiere un nivel de atención institucional.	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare	\$0 de copago/ coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare
Dispositivos protésicos y ortopédicos	El calzado ortopédico y los audífonos no están cubiertos. La cobertura de calzado moldeado se limita a calzado moldeado para afecciones severas del pie y el tobillo, y para deformidades de tal grado que el beneficiario no puede usar zapatos comunes sin correcciones ni modificaciones. La cobertura de las modificaciones del calzado ortopédico y el calzado moldeados se limita solo a las modificaciones necesarias para la aplicación de un aparato ortopédico o una férula. La cobertura de accesorios para visión deficiente y	\$0 - \$1,475 de copago por 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 por dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por otros artículos cubiertos por Medicare Accesorios para visión deficiente no cubiertos	\$0 - \$1,475 de copago por 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 por dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por otros artículos cubiertos por Medicare Accesorios para visión deficiente no cubiertos	Consulte el beneficio de la tarjeta Flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición. \$0 de copago/ coseguro por dispositivos protésicos, suministros médicos relacionados y calzado y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare \$0 de copago/ coseguro por otros artículos cubiertos por Medicare Accesorios para visión deficiente no cubiertos

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	prótesis oculares se limita a una cada dos años. La cobertura de un ocular para prótesis ocular se limita a uno por año.			
Anteojos y lentes de contacto	Los anteojos están limitados a 4 lentes y 2 monturas por año para las personas diagnosticadas con afaquia. Monturas Deluxe no incluidas Lentes de contacto limitados a 4 lentes anuales para personas diagnosticadas con afaquia.	\$0 de copago/ coseguro por un par de anteojos cubierto por Medicare (lentes y monturas) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas \$0 de copago/ coseguro para anteojos suplementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 anuales): • un par de anteojos (lentes y monturas) • lentes de contacto	\$0 de copago/ coseguro por un par de anteojos cubierto por Medicare (lentes y monturas) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas \$0 de copago/ coseguro para anteojos suplementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$200 anuales): • un par de anteojos (lentes y monturas) • lentes de contacto	Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Suministros médicos	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro para suministros médicos cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro para suministros médicos cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro para suministros médicos cubiertos por Medicare
Terapia (física, ocupacional y del habla)	Con cobertura solo si lo proporciona un hospital, una clínica ambulatoria o un proveedor de	\$0 de copago/ coseguro por las visitas de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y	\$0 de copago/ coseguro por las visitas de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y	\$0 de copago/ coseguro por las visitas de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	atención médica en el hogar	del lenguaje cubiertas por Medicare	del lenguaje cubiertas por Medicare	del lenguaje cubiertas por Medicare
Servicios de laboratorio	Sin límites	\$0 de copago/ coseguro por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare	\$0 de copago/ coseguro por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
Para dejar de fumar	70 unidades de 15 minutos cubiertas anualmente	Dos asesoramientos para intentar dejar de fumar cubiertos anualmente.	Dos asesoramientos para intentar dejar de fumar cubiertos anualmente.	Dos asesoramientos para intentar dejar de fumar cubiertos anualmente.
Servicios para adultos para actividades de la vida diaria Tecnología asistencial Terapia conductual Asesoramiento sobre beneficios Evaluación vocacional Tareas domésticas Terapia de rehabilitación cognitiva Integración en la comunidad Consejería de servicios de transición a la comunidad	En integración en la comunidad: Cada objetivo distinto no puede superar las 26 semanas. No se aprobarán más de 32 unidades por semana para un objetivo. Si el participante tiene varios 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 en la comunidad en una semana. Se pueden autorizar hasta 21 horas a la semana y períodos superiores a 26	Entrega de comidas a domicilio cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva no controladas cuando lo solicite un médico, un profesional no médico o un coordinador de cuidados clínicos de JHP. Consulte la sección anterior del Paquete de beneficios para adultos para obtener información sobre la cobertura de estos beneficios: Atención médica	Entrega de comidas a domicilio cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva no controladas cuando lo solicite un médico, un profesional no médico o un coordinador de cuidados clínicos de JHP. Consulte la sección anterior del Paquete de beneficios para adultos para obtener información sobre la cobertura de estos beneficios: Atención médica	Comidas a domicilio y transporte de rutina no cubiertos. Consulte la sección anterior del Paquete de beneficios para adultos para obtener información sobre la cobertura de estos beneficios: Atención médica en el hogar Equipo médico duradero Suministros médicos Otros servicios enumerados no están cubiertos.

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Desarrollo de habilidades en el empleo Adaptaciones para el hogar Entrega de comidas a domicilio Asistente de salud en el hogar Salud en el hogar – Enfermería Salud en el hogar – Terapia ocupacional Salud en el hogar – Terapia física Salud en el hogar – Terapia del habla y del lenguaje Asesoramiento laboral Búsqueda laboral Transporte no médico Asesoramiento en nutrición Apoyos comunitarios dirigidos por los participantes Bienes y servicios dirigidos por los participantes	semanas). Los Servicios de transición a la comunidad están limitados a un total combinado de \$4,000 por participante, de por vida, según lo preautorizado por la oficina del programa de la Agencia Estatal de Medicaid. El total de horas combinadas para el desarrollo de habilidades laborales o los servicios de capacitación laboral se limita a 50 horas en una semana calendario. Se requiere autorización previa para exceder este límite. En Equipos y suministros médicos especializados, los artículos no cubiertos incluyen: Todos los medicamentos, compuestos y soluciones recetados y de venta libre (excepto toallitas y crema protectora). Artículos cubiertos por la responsabilidad de	en el hogar Transporte médico que no es de emergencia Equipo médico duradero Suministros médicos Otros servicios enumerados no están cubiertos.	en el hogar Transporte médico que no es de emergencia Equipo médico duradero Suministros médicos Otros servicios enumerados no están cubiertos.	

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Servicios de asistencia personal Sistema personal de respuesta a emergencias Erradicación de plagas Recuperación de habilidades residenciales Relevo Coordinación de servicios Suministros y equipos médicos especializados Día estructurado Recuperación de habilidades TeleCare Modificaciones en el vehículo	terceros pagadores. Artículos que no proporcionan beneficios médicos ni correctivos directos o no están directamente relacionados con la discapacidad de un participante. Alimentos, complementos alimenticios, sustitutos de alimentos (incluidas las fórmulas) y agentes espesantes. Anteojos, monturas y lentes. Dentaduras postizas. Cualquier artículo que sea experimental o haya sido denegado por Medicare o Medicaid. Equipos recreativos o de ejercicio y dispositivos de adaptación para ellos.			
Acupuntura	Sin cobertura	\$0 de copago por cada visita médicamente necesaria para el dolor crónico de espalda baja. \$0 de copago/ coseguro por cada visita de	\$0 de copago por cada visita médicamente necesaria para el dolor crónico de espalda baja. \$0 de copago/ coseguro por cada visita de	\$0 de copago por cada visita médicamente necesaria para el dolor crónico de espalda baja. \$0 de copago/ coseguro por cada visita de

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		acupuntura complementaria, limitado a 20 visitas por año.	acupuntura complementaria, limitado a 20 visitas por año.	acupuntura complementaria, limitado a 20 visitas por año.
Dental	Consulte Servicios dentales en la sección anterior del Paquete de beneficios para adultos para ver los detalles de la cobertura.	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (limitado a 1 visita por año) \$5,000 de subsidio anual para servicios dentales integrales complementarios	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (limitado a 1 visita por año) \$4,000 de subsidio anual para servicios dentales integrales complementarios Dos implantes cubiertos por período de 2 años	\$0 de copago/ coseguro por tres exámenes bucales y tres limpiezas anuales \$0 de copago/ coseguro por radiografías (limitado a 1 visita por año) Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (a continuación) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Acondicionamiento físico	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro por la membresía del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	\$0 de copago/ coseguro por la membresía del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	Sin cobertura
Tarjeta flex suplementaria	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	\$550 de subsidio todos los años para beneficios adicionales de la vista, dentales y de la audición.

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (combinados con el beneficio de OTC)	Con cobertura a través del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) si es elegible	Para los miembros elegibles Tarjeta flex suplementaria: \$215 por mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro. Este subsidio se combina con el beneficio de OTC para los miembros de SSBCI.	Para los miembros elegibles Tarjeta flex suplementaria: \$100 por mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro. Este subsidio se combina con el beneficio de OTC para los miembros de SSBCI.	Para los miembros elegibles Tarjeta flex suplementaria: \$315 por mes para servicios públicos, productos y otros alimentos cubiertos. Debe usarse solo para artículos para el miembro. Este subsidio se combina con el beneficio de OTC para los miembros de SSBCI.
Servicios para la audición	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro por un examen auditivo de rutina por año \$0 - \$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 premium. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$0 de copago/ coseguro por un examen auditivo de rutina por año \$0 - \$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 premium. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$0 de copago/ coseguro por un examen auditivo de rutina por año Consulte el beneficio de Tarjeta flex suplementaria (arriba) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.
Comidas	Sin cobertura	\$0 de copago/ coseguro por entrega de comidas a domicilio	\$0 de copago/ coseguro por entrega de comidas a domicilio	Sin cobertura

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
		cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva no controladas cuando lo solicite un médico, un profesional no médico o un coordinador de cuidados clínicos de JHP.	cubiertas hasta cuatro semanas (28 días), una vez por año calendario, para miembros con diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva no controladas cuando lo solicite un médico, un profesional no médico o un coordinador de cuidados clínicos de JHP.	
Podología (rutinarios)	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	\$215 de subsidio mensual (los montos no utilizados no se pueden trasladar de un mes a otro)	\$100 de subsidio mensual (los montos no utilizados no se pueden trasladar de un mes a otro)	\$315 de subsidio mensual (los montos no utilizados no se pueden trasladar de un mes a otro)
Transporte (de rutina)	Disponible a través del Programa de Transporte de Asistencia Médica	\$0 de copago/ coseguro por 40 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan y relacionados con la salud.	\$0 de copago/ coseguro por 25 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan y relacionados con la salud.	Sin cobertura
Atención de la vista	Dos exámenes cubiertos anualmente. Anteojos y lentes de contacto limitados a personas	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina por año \$0 de copago/ coseguro para	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina por año \$0 de copago/ coseguro para	\$0 de copago/ coseguro por un examen de rutina por año Consulte el beneficio de

	Medicaid	Jefferson Health Plans Special (004)	Jefferson Health Plans Dual Pearl (016)	Jefferson Health Plans Select (017)
	diagnosticadas con afaquia (hasta dos monturas y cuatro lentes o cuatro lentes de contacto al año)	anteojos suplementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$250 anuales): • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Lentes de contacto	anteojos suplementarios (su elección de uno de los siguientes, hasta \$200 anuales): • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Lentes de contacto	Tarjeta flex suplementaria (arriba) para conocer el subsidio anual que se puede usar para artículos y servicios relacionados con la atención dental, de la visión y la audición.

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Comprenda sus beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios a los que puede acceder. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ o llame al 1-866-901-8000 (TTY 877-454-8477) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias y proveedores* (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el Directorio de *farmacias y proveedores* para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas médicas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de 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, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ Salvo en casos de emergencia o situaciones de urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*).
- ☐ **Jefferson Health Plans Special (004):** Este plan es un plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse dependerá de que se verifique que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para inscribirse, debe contar con cobertura de salud **completa** de Medicaid.
- ☐ **Jefferson Health Plans Dual Pearl (016) y Jefferson Health Plans Select (017):** Este plan es un plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse dependerá de que se verifique que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.
- ☐ Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage 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. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.