

2027 Resumen de beneficios

Jefferson Health Plans (H9207)

Jefferson Health Plans Prime (HMO) (002)

Jefferson Health Plans Complete (HMO) (012)

Jefferson Health Plans Giveback (HMO) (015)

Este es un resumen de medicamentos y servicios médicos cubiertos por Jefferson Health Plans Prime, Jefferson Health Plans Complete y Jefferson Health Plans Giveback 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 pague más 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 Prime, Jefferson Health Plans Complete o Jefferson Health Plans Giveback, debe tener derecho a Medicare Part A y estar inscrito en Medicare Part B.

Nuestra área de servicios para Jefferson Health Plans Prime (002), Jefferson Health Plans Complete (012) y Jefferson Health Plans Giveback (015) 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 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 833-477-4773 (TTY 711) 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.

Prima, deducible y límites

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Medicare Part B.	\$12.80	\$0	\$0 Los miembros de Jefferson Health Plans Giveback (HMO) reciben una reducción de \$132 en la prima de la Parte B.
Deducible	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos. Hay un deducible de \$0 para medicamentos recetados.	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos. Hay un deducible de \$0 para medicamentos recetados.	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos. Hay un deducible de \$450 para medicamentos recetados.
Monto máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados)</i>	\$6,500 anualmente El monto máximo que paga por los copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos durante el año.	\$7,500 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 paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los niveles 3 y 4.

	Jefferson Health Plans Prime (002)		Jefferson Health Plans Complete (012)		Jefferson Health Plans Giveback (015)	
Etap 1: Deducible	No hay deducible por medicamentos recetados para 2027.		No hay deducible por medicamentos recetados para 2027.		Hay \$450 de deducible en los niveles 3, 4 y 5 para 2027.	
Etap 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	\$0 copago	\$0 copago
Tier 2: Genéricos	\$10 copago	\$20 copago	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago	\$20 copago
Tier 3: Medicamentos de marca preferidos	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	20 % coseguro	20 % coseguro
Insulinas	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago
Tier 4: Medicamento no preferido	28 % coseguro	28 % coseguro	29 % coseguro	29 % coseguro	29 % coseguro	29 % coseguro
Insulinas	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago	\$35 copago	\$105 copago
Tier 5: Medicamentos especializados	33 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.	33 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.	28 % coseguro	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.
Insulinas	\$35 copago		\$35 copago		\$35 copago	

Cobertura catastrófica

Después de que los gastos de su bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$2,400, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Cobertura en farmacias de cuidado a largo plazo y farmacias fuera de la red

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

Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red i en farmacias de cuidado 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 Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Hospital			
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados*	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: • \$275 copago por día durante los días 1 - 7 • \$0 copago por día durante los días 8 - 90 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.	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: • \$325 copago por día durante los días 1 - 6 • \$0 copago por día durante los días 7 - 90 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.	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: • \$450 copago por día durante los días 1 - 5 • \$0 copago por día durante los días 6 - 90 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.
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios			
Cirugía para pacientes ambulatorios [☆]	\$350 copago	\$325 copago	\$450 copago
Servicios de observación	\$350 copago por estadía	\$325 copago por estadía	\$450 copago por estadía
Centro de cirugía ambulatoria[★]	\$300 copago	\$275 copago	\$350 copago
Visitas al médico y atención preventiva			
Visitas al médico			
Proveedor de atención primaria	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Especialista	\$25 copago	\$35 copago	\$50 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
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	\$100 copago por cada visita en una sala de emergencias cubierta por Medicare.	\$100 copago por cada visita en una sala de emergencias cubierta por Medicare.	\$100 copago por cada visita en una sala de emergencias cubierta por Medicare.
[★] Se requiere autorización previa. [☆] Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	El copago se exime si a usted lo admiten en el mismo centro dentro de 24 horas por la misma afección.	El copago se exime si a usted lo admiten en el mismo centro dentro de 24 horas por la misma afección.	El copago se exime si a usted lo admiten en el mismo centro dentro de 24 horas por la misma afección.
Servicios que se necesitan con urgencia	\$5 copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. El copago se exime si a usted lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.	\$10 copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. El copago se exime si a usted lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.	\$15 copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. El copago se exime si a usted lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.
Pruebas diagnósticas ambulatorias, radioterapia, radiografías y laboratorios			
Servicios de diagnóstico/ laboratorios/diagnóstico por imágenes			
Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET))★	\$250 copago	\$295 copago	\$450 copago
Servicios de laboratorio★	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico★	\$0 copago	\$0 copago	\$25 copago
Radiografías para pacientes ambulatorios★	\$25 copago	\$30 copago	\$40 copago
Radiología terapéutica★	20 % coseguro	20 % coseguro	20 % coseguro
Audición / Odontología / Visión			
Servicios auditivos			
Examen de diagnóstico	\$35 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el	\$35 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el	\$40 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Examen auditivo de rutina	copago del especialista)	copago del especialista)	copago del especialista)
Audífonos	\$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 todos los años)
	\$500 - \$1,975 copago para audífonos, limitado a cada dos 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.	\$500 - \$1,975 copago para audífonos, limitado a cada dos 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.	\$500 - \$1,975 copago para audífonos, limitado a cada dos 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.
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 [☆]	\$40 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$45 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare	\$40 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	Los servicios dentales integrales complementarios incluyen: • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía oral/ maxilofacial
[★] Se requiere autorización previa. [☆] Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	El plan paga \$2,000 todos los años para servicios dentales integrales complementarios	El plan paga \$2,000 todos los años para servicios dentales integrales complementarios	El plan paga \$2,000 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)	\$40 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el copago del especialista) \$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 \$300 Todos los años: - Un par de anteojos (lentes y monturas) - Lentes de contacto (ilimitado)	\$45 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el copago del especialista) \$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 (ilimitado)	\$40 copago por servicios cubiertos por Medicare (puede aplicarse además el copago del especialista) \$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 (ilimitado)
Servicios de salud mental			
Visitas como paciente internado*	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: \$295 copago por día para los días del 1 al 7 \$0 copago por día para los días del 8 al 90	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: \$295 copago por día para los días del 1 al 7 \$0 copago por día para los días del 8 al 90	Por cada admisión hospitalaria/hospitalización usted paga: \$415 copago por día para los días del 1 al 5 \$0 copago por día para los días del 6 al 90
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	Nuestros planes cubren hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestros planes también cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días “adicionales”.	Nuestros planes cubren hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestros planes también cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días “adicionales”.	Nuestros planes cubren hasta 90 días para una hospitalización de salud mental (se aplica un límite de hospital psiquiátrico de por vida de 190 días). Nuestros planes también cubren 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 Servicios psiquiátricos individuales y grupales	\$25 copago \$25 copago	\$35 copago \$35 copago	\$50 copago \$50 copago
Centro de Enfermería Especializada (SNF)			
Centro de enfermería especializada[★]	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$203 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	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$203 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	\$0 copago por día para los días del 1 al 20 \$190 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
[★] Se requiere autorización previa. [☆] Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).	disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).	disponible después de 60 días consecutivos en los que usted no haya recibido atención de hospitalización o atención especializada en un SNF).
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Externos			
Terapia[★]			
Terapia ocupacional	\$20 copago	\$35 copago	\$35 copago
Terapia física, del habla y del lenguaje	\$20 copago	\$35 copago	\$50 copago
Transporte Médico			
Ambulancia			
Tierra [☆]	\$240 copago Esta distribución de costos no se anula si a lo admiten en el hospital.	\$250 copago Esta distribución de costos no se anula si a lo admiten en el hospital.	\$305 copago Esta distribución de costos no se anula si a lo admiten en el hospital.
Aire [☆]	20 % coseguro	20 % coseguro	20 % coseguro
Transporte	\$0 copago/coseguro por 25 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan y relacionados con la salud.	No está cubierto	No está cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos para quimioterapia [★]	0 % - 20 % coseguro	0 % - 20 % coseguro	0 % - 20 % coseguro
Otros medicamentos de la Parte B [☆]	0 % - 20 % coseguro Se puede aplicar terapia escalonada	0 % - 20 % coseguro Se puede aplicar terapia escalonada	0 % - 20 % coseguro Se puede aplicar terapia escalonada
[★] Se requiere autorización previa. [☆] Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Insulina	0 % - 20 % coseguro Usted no paga más de \$35 cada mes	0 % - 20 % coseguro Usted no paga más de \$35 cada mes	0 % - 20 % coseguro Usted no paga más de \$35 cada mes
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

Beneficios Adicionales

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Beneficios Adicionales			
Acupuntura Acupuntura médicamente necesaria para el dolor crónico de espalda baja	\$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 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 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.
Servicios de acupuntura suplementarios	\$0 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 20 visitas todos los años.	\$10 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 10 visitas todos los años.	\$10 copago por cada visita de acupuntura complementaria, con un límite de 10 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	\$15 copago	\$15 copago	\$15 copago
Suministros para la diabetes☆	0 % coseguro por suministros para el	0 % coseguro por suministros para el	0 % coseguro por suministros para el
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B	control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B	control de la diabetes de fabricantes preferidos 20 % coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos 20 % coseguro por los demás suministros/monitores para la diabetes de la Parte B
Equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos y suministros médicos*	20 % coseguro 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	20 % coseguro 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	15 % coseguro 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 for SilverSneakers® membership or membership in the Salvation Army Kroc Center of Philadelphia	\$0 copago for SilverSneakers® membership or membership in the Salvation Army Kroc Center of Philadelphia	\$0 copago por la membresía en SilverSneakers® o la membresía en el Salvation Army Kroc Center de Philadelphia
Atención médica domiciliaria*	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$25 copago	\$35 copago	\$40 copago
Artículos de venta libre (OTC) El período de beneficios corresponde a los	\$0 copago por hasta \$85 cada trimestre calendario para artículos OTC elegibles.	\$0 copago por hasta \$50 cada trimestre calendario para artículos OTC elegibles.	No disponible.
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
trimestres del año calendario: 1.er trimestre: de enero a marzo 2.o trimestre: de abril a junio 3.er trimestre: de julio a septiembre 4.o trimestre: octubre a diciembre	Los montos no utilizados no se transferirán de un trimestre a otro. El subsidio debe utilizarse solo en artículos para el miembro.	Los montos no utilizados no se transferirán de un trimestre a otro. El subsidio debe utilizarse solo en artículos para el miembro.	
Hospitalización parcial★	\$55 copago por día	\$55 copago por día	\$55 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.	\$25 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$25 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)	\$35 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$35 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)	\$40 copago para los servicios cubiertos por Medicare \$40 copago por visitas de rutina para el cuidado de los pies (limitado a 1 visitas cada tres meses)
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Tarjeta flex suplementaria	Los miembros pueden recibir \$1,000 todos los años por gasto adicional en atención de la visión, atención	Los miembros pueden recibir \$250 todos los años por gasto adicional en atención de la visión, atención	No disponible.
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
	dental y de audición. Los montos no utilizados no se transferirán.	dental y de audición. Los montos no utilizados no se transferirán.	
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 \$25 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$25 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$25 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 \$35 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$35 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$35 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 \$50 copago por cada servicio de telesalud de un especialista \$50 copago por cada sesión individual de especialidad en salud mental \$50 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.
Telemonitorización Un programa de telemonitorización en el hogar está cubierto para los miembros que tienen insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), hipertensión o diabetes no controlada.	\$0 copago por servicios de telemonitorización	\$0 copago por servicios de telemonitorización	\$0 copago por servicios de telemonitorización
★ Se requiere autorización previa. ☆ Es posible que se requiera autorización previa.			

	Jefferson Health Plans Prime (002)	Jefferson Health Plans Complete (012)	Jefferson Health Plans Giveback (015)
Los miembros tendrán acceso a apoyo clínico mientras estén en el programa.			
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.			

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

☐

Jefferson Health Plans Prime (002): 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.

Jefferson Health Plans Complete (012): Por otra parte, **debe continuar pagando su prima de Medicare Part B**. Esta prima suele deducirse de su cheque del Seguro Social todos los meses.

Jefferson Health Plans Giveback (015): Por otra parte, **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.

☐

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.