



2023

RESUMEN DE BENEFICIOS SPF 001 (HMO)



2023 RESUMEN DE BENEFICIOS

Solis Health Plans SPF 001 (HMO)

1 de enero de 2023 - 31 de diciembre de 2023

SPF-001 HMO

H0982, Plan 001 - Condado de Miami-Dade

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

La información sobre los beneficios proporcionada no incluye cada uno de los servicios que cubrimos, como tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" en línea en www.solishealthplans.com o llámenos para solicitar una copia.

¿Qué cubre **Solis Health Plans (HMO)**?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, **y más!**

- ✓ Nuestros miembros reciben más beneficios que están cubiertos por Medicare Original. Algunos de estos beneficios suplementarios se describen en este Resumen de Beneficios.
- ✓ El plan cubre los medicamentos de Medicare Parte D. Para consultar si sus medicamentos recetados están cubiertos, puede ver la lista completa de Medicamentos Cubiertos (formulario) por Solis en línea en www.solishealthplans.com o llámenos al 1 (844) 447-6547 (TTY 711).
- ✓ Solis tiene una red de hospitales, médicos, especialistas, farmacias y otros proveedores listos para atender todas sus necesidades de atención médica. Puede acceder al Directorio de proveedores en línea en www.solishealthplans.com o llámenos al 1 (844) 447-6547 (TTY 711). Los servicios están disponibles cuando se utiliza un proveedor dentro de la red. Los servicios fuera de la red no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

Puedes visitar Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en www.medicare.gov para comparar nuestro plan con los Resúmenes de Beneficios de otros planes.

Si ya es miembro de Solis Health Plans, llámenos al 1 (844) 447-6547 / (TTY : 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a sus llamadas los fines de semana, días feriados y fuera de horario.

Para afiliarse a **Solis Health Plans (HMO)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: **Miami-Dade**.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actualizado "**Medicare & You**". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. El presente documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al 1 (844) 447-6547 / (TTY : 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., desde el 1 de abril al 30 de septiembre, o visítenos en www.solishealthplans.com.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de decidir si inscribirse o no, es importante que entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Cliente y hable con un representante al 1 (844) 447-6547, TTY 711.

Entender los beneficios

- Consulte la lista de beneficios encontrados en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente los servicios para los cuales consulta regularmente a un médico. Visite www.solishealthplans.com o llame al 1 (844) 447-6547, TTY 711 para ver una copia de Evidencia de Cobertura.
- Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta actualmente están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos recetados está en la red. Si la farmacia no está en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia.

Entender las reglas importantes

- Además de su plan mensual, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B. Esta prima generalmente proviene de su pago mensual al Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2023.
- Excepto en ciertas situaciones de emergencia o situaciones de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).

SPF 001 (HMO) H0982-001

Prima del plan mensual

- \$0
- Usted debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.

Deducible

- No deducible

Límite máximo de desembolso (no incluye medicamentos recetados)

- \$3,400 dentro de nuestra red
- Incluye copagos y otros costos para servicios médicos por año

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Servicios hospitalarios para pacientes internados^{A,R}

- \$0 Copago

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{A,R}

- \$25 Copago por estadía

Visitas al doctor

Atención primaria: • \$0 Copago

Especialistas:^{A,R} • \$0 Copago

No se requiere autorización para la evaluación inicial
Es posible que se requiera autorización para visitas posteriores.

A - Es posible que se requiera autorización **R** - Es posible que se requiera un referido

Cuidado preventivo

- \$0 Copago
- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal^R
- Consulta anual de bienestar
- Medición de la masa ósea^R
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) ^R
- Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares^R
- Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina^R
- Prueba de detección de cáncer colorrectal^{A,R}
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Prueba de detección de VIH
- Inmunizaciones
- Prueba de detección de cáncer de pulmón^R
- Terapia médica nutricional^R
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare^R
- Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua^R
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol
- Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas^R
- Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)^R
- Una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”(una vez)

Atención de emergencia/ Cuidados después de la estabilización^A

- \$25 Copago - Si es admitido en el hospital, su copago no aplica.
- Emergencias internacionales - \$50,000 beneficio anual máximo
 - \$25 Copago - Si es admitido en el hospital, su copago no aplica.

Servicios que se necesitan con urgencia

- \$0 Copago

Beneficios médicos y hospitalarios

Servicios de diagnóstico/Imágenes/Laboratorio

Pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare / Pruebas:^R

- \$0 Copago - En la red de instalaciones no hospitalarias
- \$20 Copago - En instalación hospitalaria

Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare:^R

- \$0 Copago

Servicios de radiografías:^{A,R}

- \$0 Copago - En la red de instalaciones no hospitalarias
- \$20 Copago - En instalación hospitalaria

Servicios de diagnóstico radiológico (por ejemplo CT, MRI, etc.):^{A,R}

- \$0 Copago - En la red de instalaciones no hospitalarias
- \$35 Copago - En instalación hospitalaria

Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare:^{A,R}

- 20% Coseguro

Servicios Auditivos

Servicios de audición (Examen de audición de rutina y audífono)^{A,R}

- \$0 Copago
- \$3,000 Asignación para audífonos en ambos oídos combinados por año
- Exámenes de audición de rutina ilimitados
- Adaptación de audífonos incluida

Servicios dentales

Preventivo^R

Examen oral	• \$0 Copago - 2 cada año
Limpieza	• \$0 Copago - 2 cada año
Tratamiento de fluoruro	• \$0 Copago - 2 cada año
Radiografías Dentales	• \$0 Copago - 2 cada año

Integral^{A,R}

Servicios de diagnostico	• \$0 Copago - 2 visitas cada año
Servicios restaurativos	• \$0 Copago - 6 visitas cada año
Endodoncia	• \$0 Copago - 1 visita cada 2 años
Periodoncia	• \$0 Copago - 4 visitas cada año
Extracciones	• \$0 Copago - 5 extracciones cada año
Prostodoncia, Otros Orales/ Cirugía Maxilofacial, Otros servicios	• \$0 Copago - 2 visitas cada 2 años

A - Es posible que se requiera autorización **R** - Es posible que se requiera un referido

Servicios de visión

Servicios de visión^{A,R}

Exámenes de la vista: \$0 Copago - 1 examen cada año además de los servicios cubiertos por Medicare

Lentes de contacto; anteojos (lentes y monturas); lentes de anteojos; monturas de gafas; actualizaciones:^{A,R}

• \$0 Copago \$460 asignación total anual

Servicios adicionales para pacientes ambulatorios

Servicios de salud mental

Servicios hospitalarios para pacientes internados (Psiquiátrico)^{A,R} • \$0 Copago

Terapia grupal ambulatoria/ visita de terapia individual^R • \$0 Copago

Centro de enfermería especializada (SNF)^{A,R}

- \$0 Copago, día 1-20
- \$50 Copago por día, para days 21-100

Requisito previo de ingresos hospitalarios de la red de 2 días antes

Servicios de rehabilitación (fisioterapia y patología del habla y el lenguaje)^{A,R}

- \$0 Copago

No se requiere autorización para la evaluación inicial

Es posible que se requiera autorización para visitas posteriores.

A - Es posible que se requiera autorización **R** - Es posible que se requiera un referido

Ambulancia^A

Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare:

- 20% Coseguro - Si es admitido en el hospital, su copago no aplica

Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare:

(Viaje de ida solamente)

- \$40 Copago - Si es admitido en el hospital, su copago no aplica

Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no son de emergencia.

Transporte^R

- \$0 Copago

Viajes ilimitados a lugares de atención médica aprobados por el plan

Beneficios adicionales

Medicamentos de Parte B y medicamentos de infusión en el hogar^A

- 20% Coseguro

Medicamentos para la disfunción eréctil (ED)

- Tiene cobertura de hasta 6 pasyillas por mes

Centro Quirúrgico Ambulatorio^{A,R}

- \$0 Copago

Aptitud/gimnasio^R

- \$0 Copago
- Silver & Fit - Membresía de gimnasio

Servicios de podiatria^{A,R}

- \$0 Copago
- Atención de rutina ilimitada
- 10 visitas incluidas
- Se requiere autorización después de la evaluación inicial
- Se requiere autorización después de las primeras 10 visitas

A - Es posible que se requiera autorización **R** - Es posible que se requiera un referido

Servicio de comidas^A

- \$0 Copago - 2 comidas al día durante 7 días

Las comidas están cubiertas inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización.

Las comidas se proporcionan inmediatamente después de cada hospitalización para pacientes internados y hospitalizaciones ilimitadas.

Equipo / Suministros médicos

Suministros para diabéticos

- \$0 Copago

Zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos^A

- 20% Coseguro

Suministros y servicios para diabéticos limitados a los fabricantes especificados por el plan

Equipo médico duradero^A

- 20% Coaseguro

- Ventiladores cubiertos por Medicare
- estimuladores del crecimiento óseo
- concentradores de oxígeno portátiles
- equipo bariátrico
- camas especiales
- sillas de ruedas personalizadas
- elevadores de asientos
- artículos de marca de especialidad

Todos los demás equipos médicos duradero

- 0% Coseguro

Dispositivos protésicos^A

- 20% Coseguro

- Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare

El plan tiene proveedores preferidos / fabricantes de equipos médicos duraderos (DME)

Medicamentos de venta sin recetar (OTC)

- \$0 Copago

El plan cubre hasta \$85 al mes para productos de venta sin receta y suministros médicos.

Servicios quiroprácticos^R

- \$0 Copago para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare
Cuidado de rutina ilimitado

Se requiere autorización después de las primeras 12 visitas

Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos con receta

etapa de deducible	El plan no tiene etapa de deducible			
	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro minorista estándar de 90 días	Suministro de 30 días para recetas minoristas fuera de la red	Suministro de 90 días para pedidos por correo
Cobertura inicial - Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" anuales (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) totalizan \$ 7,000.				
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	No disponible
Nivel 4: medicamentos no preferidos	\$10 Copago	\$25 Copago	\$10 Copago	No disponible
Nivel 5: medicamentos especializados	33% Coseguro	No disponible	33% Coseguro	No disponible
Nivel 6: medicamentos suplementarios	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Brecha en la cobertura: después de que sus costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los \$7,400 usted ingresa a la brecha de cobertura.				
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Para todos los demás medicamentos, usted paga un coseguro del 25% por los medicamentos genéricos y un coseguro del 25% para medicamentos de marca.				

	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro minorista estándar de 90 días	Suministro de 30 días para recetas minoristas fuera de la red	Suministro de 90 días para pedidos por correo
Cobertura catastrófica: durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año (hasta el 31 de diciembre de 2023).				
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga el 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.355 por todos los demás medicamentos. (el que sea mayor)	Usted paga el 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. (el que sea mayor)	Usted paga el 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. (el que sea mayor)	Usted paga el 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. (el que sea mayor)
Nivel 2: medicamentos genéricos				
Nivel 3: medicamentos de marca preferida				
Nivel 4: medicamentos no preferidos				
Nivel 5: medicamentos especializados				
Nivel 6: medicamentos suplementarios	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copay	\$0 Copago
Las personas con “Ayuda adicional” pagarán un monto de copago o coseguro diferente por los medicamentos de la Parte D. La cantidad que pagará depende de su nivel calificado. La siguiente tabla muestra lo que pagará si califica para la “Ayuda adicional” y cuánto pagará en los diferentes niveles.				
Nivel de ayuda adicional	Su monto de costo compartido para medicamentos genéricos / preferidos de múltiples fuentes no es más de		El monto de su costo compartido para todos los demás medicamentos no es más de	
Level 1	\$4.15		\$10.35	
Level 2	\$1.45		\$4.30	
Level 3	\$0		\$0	
Level 4	15% Coseguro		15% Coseguro	

Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

Llame al 1 (844) 447-6547 / (TTY : 711) 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana desde Oct. 1 - March 31 y 8 a.m. a 8 p.m. Lunes a viernes desde abril 1 - Sept. 30 para más información.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (844) 447-6547 (TTY: 711).