



**Ascension
St. Vincent's**

Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001

Condados de Baker, Clay, Duval y Nassau, FL

Ascension **Complete**

H8225_001_20_13843SB_15082_SPN_M_Accepted 09012019

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que aparece en la última página, y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web en florida.ascensioncomplete.com.

Usted es elegible para inscribirse en Ascension Complete St. Vincent’s Reward (HMO) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos, o encontrarse legalmente en los Estados Unidos y residir de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tener residencia permanente en los condados incluidos en el área de servicio de Ascension Complete St. Vincent’s Reward [HMO]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Baker, Clay, Duval y Nassau.
- Usted no debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Es probable que se apliquen excepciones para las personas que desarrollen una ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud grupal o comercial de Ascension Complete, o en un plan de Medicaid).

El plan Ascension Complete St. Vincent’s Reward (HMO) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un directorio de proveedores y farmacias actual, o, para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite florida.ascensioncomplete.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Ascension Complete St. Vincent’s Reward [HMO] serán responsables de los costos).

Este plan Ascension Complete St. Vincent’s Reward (HMO) también incluye la cobertura de la Parte D, que le proporciona la facilidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas a través de una única fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

1 DE ENERO DE 2020–31 DE DICIEMBRE DE 2020

Beneficios	Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001 Primas/Copagos/Coseguros
Prima Mensual del Plan	<p>\$0</p> <p>Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) ofrece una reducción para la Parte B. Reduciremos su prima mensual en \$50 por mes.</p> <p>Usted debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B.</p>
Deducible	<p>Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos</p> <p>Deducible de \$360 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)</p>
Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i>	<p>\$5,000 anualmente</p> <p>Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros por los servicios médicos cubiertos en el año.</p>
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*	<p>Por cada admisión usted paga:</p> <p>Copago de \$250 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 7 y en adelante</p>
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*	<p>Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: Copago de \$200 por visita</p> <p>Servicios de observación: Copago de \$250 por visita</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$150 por visita</p>
Visitas al Médico	<p>Atención primaria: Copago de \$0 por visita</p> <p>Especialista: Copago de \$45 por visita</p>

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios	Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001 Primas/Copagos/Coseguros
Atención Preventiva <i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, prueba de detección de diabetes)</i>	Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles.
Atención de Emergencia	Copago de \$90 por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$50 por visita
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Estudios por Imágenes*	Servicios de laboratorio: Copago de \$0 Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de \$0 Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía computarizada (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET): Copago de \$250
Servicios de Audición	Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$45
Servicios Dentales	Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Copago de \$45 por visita Servicios dentales preventivos: Copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas y rayos X) Se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales por una prima extra. Consulte la sección Beneficios Complementarios Opcionales.

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios	Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001 Primas/Copagos/Coseguros
Servicios de la Vista	Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$45 por visita Examen de rutina y lentes y accesorios de rutina disponibles por una prima mensual adicional. Consulte la sección Beneficios Complementarios Opcionales.
Servicios de Salud Mental	Terapia individual y grupal: Copago de \$40 por visita
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*	Por cada período de beneficios, usted paga: Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$170 por día para los días 21 a 100
Fisioterapia*	Copago de \$40 por visita
Servicio de Ambulancia*	Copago de \$250 (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea
Transporte*	Copago de \$0 (por viaje de ida o de vuelta) Hasta 10 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan cada año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.
Medicamentos de Medicare Parte B*	Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20% Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapas del Deducible	<p>Deducible de \$360 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial).</p>	
Etapas de Cobertura Inicial <i>(después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)</i>	<p>Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha alcance \$4,020. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de medicamentos” alcancen los \$4,020, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	Farmacia minorista estándar (suministro para 30 días)	Farmacia de pedido por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	Copago de \$100	Copago de \$300
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 26%	No disponible

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Nivel 6: Medicamentos Selectos	Copago de \$0	Copago de \$0
Etapas de Brecha de Cobertura	<p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos. (El monto pagado por el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p> <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance \$6,350. Los “costos de desembolso” incluyen lo que paga al surtir o resurtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos realizados por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,350, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p>	
Etapas de Cobertura Catastrófica	<p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual al 5% del coseguro del medicamento o un copago (\$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, \$8.95 por todos los demás medicamentos).</p>	
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de pedidos por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p>	

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001 Primas/Copagos/Coseguros
Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno individual: Copago de \$40 por visita • Entorno grupal: Copago de \$40 por visita
Artículos de Venta Libre (OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$35 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo.</p> <p>Se aplica un límite de 15 productos por artículo, por pedido, con la excepción de medidores de presión arterial, que se limitan a uno por año.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
Comidas*	<p>Copago de \$0</p> <p>El plan cubre comidas a domicilio (hasta 3 comidas por día durante 14 días) tras el alta de un centro de internación o de un centro de enfermería especializada si las comidas son médicamente necesarias e indicadas por un médico o profesional.</p>
Atención Quiropráctica	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$20 por visita
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 20% • Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 20% • Suministros para la diabetes: Coseguro del 0% al 20%
Cuidado de los Pies (Servicios de podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Copago de \$45 • Cuidado de los pies de rutina: Copago de \$45 por visita (visitas ilimitadas por año calendario)

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225: 001 Primas/Copagos/Coseguros
Visita Virtual	El plan Teladoc ofrece acceso a visitas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, realizadas por médicos con certificación de la Junta que le permiten abordar una amplia variedad de inquietudes y preguntas de salud.
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none">• Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0• Clinical Care Line: Copago de \$0• Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0 <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
Atención Internacional de Emergencia	Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios complementarios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.

Beneficios Complementarios Opcionales

(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)

Ascension Complete Dental Option

Prima Mensual

\$6.90 por mes

Esta prima mensual adicional es además de su prima mensual del plan y la prima mensual de Medicare Parte B.

Beneficios de Atención Dental

Atención Dental Integral

Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir servicios integrales cubiertos con periodoncia de restauración menor y no quirúrgica. Sin embargo, es posible que deba pagar un poco más para consultar a los proveedores que están fuera de la red.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual	\$1,000 dentro y fuera de la red combinados (se aplica a los servicios integrales)	
Servicios integrales		
Servicios que no sean de rutina	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Servicios de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0
Servicios de restauración	Usted paga el 20%.	Usted paga el 20%.
Servicios de endodoncia	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Periodoncia	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Extracciones	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Prostodoncia (dentadura postiza, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.

Beneficios Complementarios Opcionales

(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)

Ascension Complete Dental & Eyewear Option

Prima Mensual

\$13.80 por mes

Esta prima mensual adicional es además de su prima mensual del plan y la prima mensual de Medicare Parte B.

Beneficios de Atención Dental

Atención Dental Integral

Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir servicios integrales cubiertos con periodoncia de restauración menor y no quirúrgica. Sin embargo, es posible que deba pagar un poco más para consultar a los proveedores que están fuera de la red.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual	\$1,000 dentro y fuera de la red combinados (se aplica a los servicios integrales)	
Servicios integrales		
Servicios que no sean de rutina	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Servicios de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0
Servicios de restauración	Usted paga el 20%.	Usted paga el 20%.
Servicios de endodoncia	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Periodoncia	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.
Extracciones	Usted paga el 50%.	Usted paga el 50%.

Beneficios Complementarios Opcionales

(debe pagar una prima extra todos los meses por estos beneficios)

Prostodoncia (dentadura postiza, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)

Usted paga el 50%.

Usted paga el 50%.

Beneficios de Atención de la Vista

Aparatos para la vista (anteojos o lentes de contacto) cubiertos por año calendario.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista (disponible una vez por año)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Lentes y accesorios – Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto	Usted no paga nada hasta el beneficio máximo anual de \$250.	
Beneficio máximo anual	Beneficio máximo combinado de \$250 para anteojos (marcos o lentes) o lentes de contacto. Usted es responsable de los montos que superen el beneficio máximo anual.	

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO)
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

florida.ascensioncomplete.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-833-603-2971 (TTY: 711)
Los posibles afiliados deben llamar al: 1-877-831-9406 (TTY: 711).

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare y Usted". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-603-2971 (TTY: 711) para obtener mayor información.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos o medicamentos que requieren receta médica.

Otras farmacias/médicos/proveedores están disponibles en nuestra red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o audio.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-603-2971 (TTY: 711).

Ascension Complete tiene un contrato con Medicare para los planes HMO. La inscripción en Ascension Complete depende de la renovación del contrato.

SBS038580SK00 (1/20)