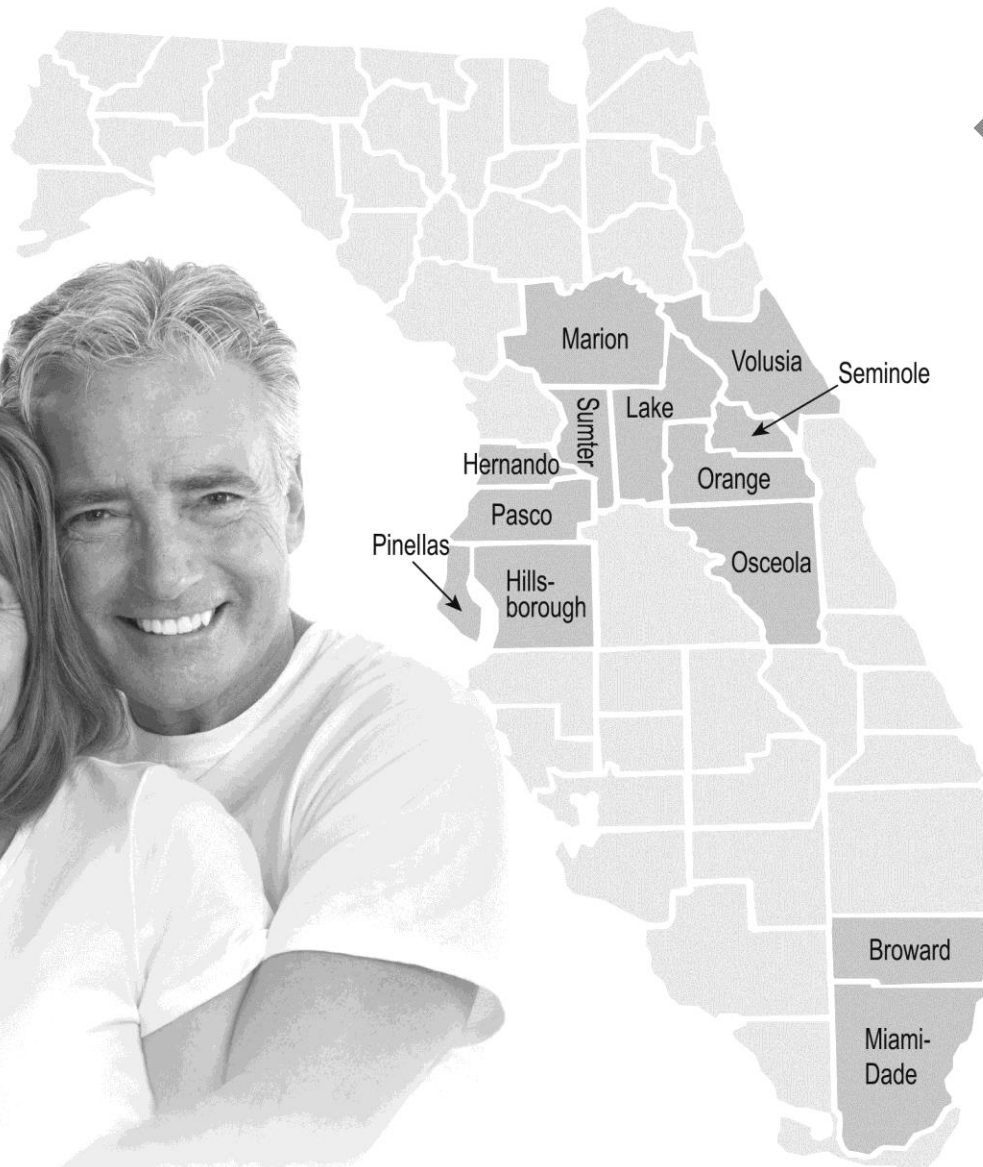
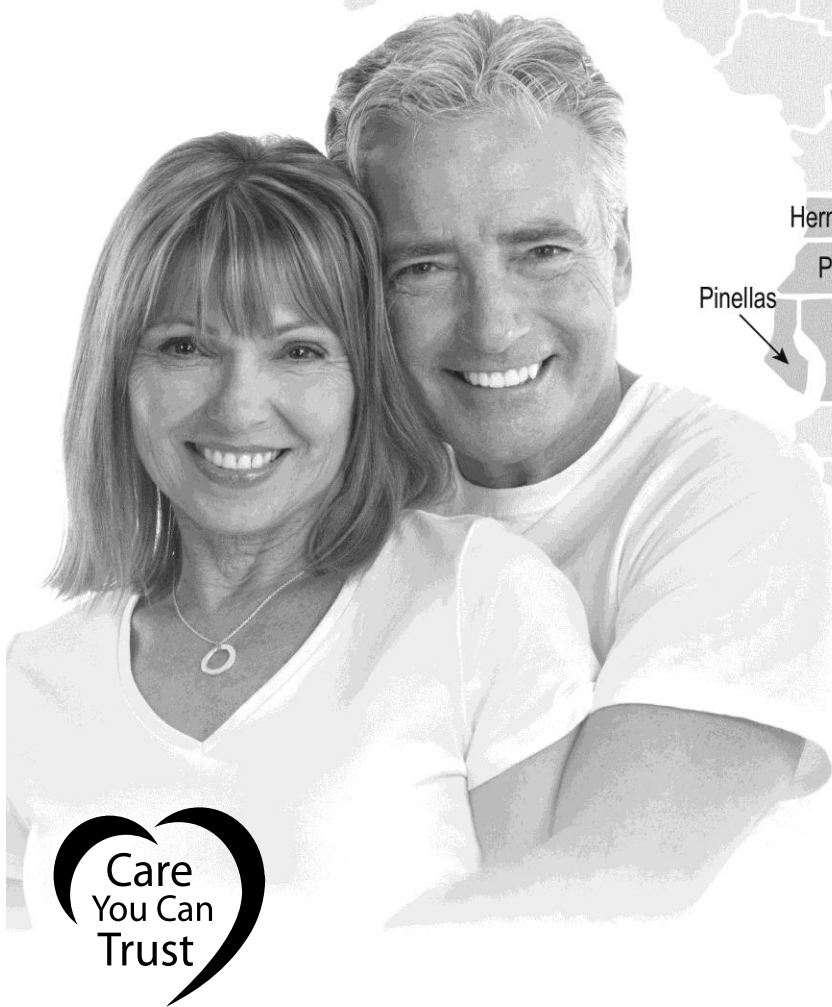


O18SBGOLDSP



OPTIMUM
HealthCare, Inc.



Combinaciones de planes

001 - 022 - 026 - 032

001 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Broward, Hernando, Hillsborough, Miami-Dade, Pasco, Pinellas

022 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Orange, Osceola, Seminole, Volusia

026 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Lake, Marion, Sumter

032 – Optimum Gold Plus Plan (HMO)

Condados:

Hernando

2018 Resumen de Beneficios

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_001

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_022

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_026

Optimum Gold Plus Plan (HMO) H5594_032

El propósito del Resumen de Beneficios es proporcionarle un resumen de los beneficios de medicamentos y de salud cubiertos por **Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_001, Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_022, Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_026 y Optimum Gold Plus Plan (HMO) H5594_032**, que describe lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el Plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor revise la "Evidencia de Cobertura". También puede acceder a la "Evidencia de Cobertura" en línea en www.youroptimumhealthcare.com.

Optimum HealthCare, Inc. es un HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. Inscripción en el Plan depende de la renovación de contrato.

Para unirse a **Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_001, Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_022, Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_026 o Optimum Gold Plus Plan (HMO) H5594_032**, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en una de nuestras áreas de servicio:

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_001
Broward, Hernando, Hillsborough, Miami-Dade, Pasco y Pinellas

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_026 Lake,
Marion y Sumter

Optimum Gold Rewards Plan (HMO) H5594_022 Orange,
Osceola, Seminole y Volusia

Optimum Gold Plus Plan (HMO) H5594_032 Hernando

Optimum HealthCare, Inc. cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan no puede pagar estos servicios.

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
Prima Mensual del Plan	Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B por hasta \$90	Usted paga \$0
Deducible	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Máxima responsabilidad fuera de bolsillo <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
Cobertura por Ingresos Hospitalarios	Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 6 y \$0 copago por los días 7 a 90 por admisión	Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión
Cobertura del hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$225 de copago por visita	Usted paga \$250 de copago por visita
Visitas al Médico		
• Primario	Usted paga \$0 de copago por visita	Usted paga \$0 de copago por visita
• Especialistas	Usted paga \$40 de copago por visita	Usted paga \$35 de copago por visita

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
Usted paga \$0	Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B por hasta \$104.90	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que su prima de parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero.
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Este plan no tiene un deducible.
\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	Esto es lo máximo que paga de copagos, coaseguro y otros costos por servicios médicos por el año. Póngase en contacto con el Plan para más detalles sobre lo que está cubierto en su Máxima Responsabilidad Fuera de Bolsillo.
Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$150 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Excepto en una emergencia, usted debe obtener autorización previa antes que ingrese a las instalaciones o su estadía no será cubierta.
Usted paga \$250 de copago por visita	Usted paga \$150 de copago por visita	<p>La autorización previa es necesaria para algunos servicios por su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el Plan para obtener más información.</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a, visitas a centros hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare, clínica, sala de tratamiento ambulatorio, sala de observación o servicios de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita</p>	<p>Su médico primario coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan.</p> <p>Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará una remisión de su PCP primero.</p> <p>Copago por separado puede ser aplicable por cada servicio adicional que reciba en una visita al consultorio.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
Cuidado Preventivo	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Cuidado de Emergencia	Usted paga \$75 de copago por visita	Usted paga \$75 de copago por visita
Servicios de Urgencia	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$20 de copago
Servicios de Diagnóstico/Laboratorios/ Imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de radiología de diagnóstico (por ejemplo, MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Radiografías Ambulatorias • Radiología Terapéutica 	<p>Usted paga \$25-\$225 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$225 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$225 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$250 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$250 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$250 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Servicios preventivos llevados a cabo en el hospital pueden requerir autorización previa.
Usted paga \$75 de copago por visita	Usted paga \$75 de copago por visita	Límite de cobertura del plan de \$25,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles. \$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos.
Usted paga \$20 de copago	Usted paga \$10 de copago	Límite de cobertura del plan de \$25,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles. \$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos.
<p>Usted paga \$25-\$250 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$250 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$250 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	Autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de red. Para más información contacte el plan.

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de Audición • Audífonos 	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga \$ 0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga \$ 0 de copago por dos audífonos</p>
<p>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Oral y Limpieza • Tratamiento de fluoruro • Radiografías Dentales • Extracción/Extracción quirúrgica 	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 1 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción simple O la extirpación quirúrgica del diente erupcionado,1 por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para los dientes anteriores (no molar) uno o dos relleno de resina superficial o restauración o los dientes posteriores (molar) uno, dos o tres superficie resina relleno o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 1 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción simple O la extirpación quirúrgica del diente erupcionado,1 por año</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p>

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga \$ 0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una adaptación audífono cada año</p> <p>Usted paga \$ 0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted es responsable por el pago de cualquier cantidad que exceda el máximo del beneficio de audífonos de \$1,000 (\$500 por audífono).</p> <p>Nuestro Plan paga un máximo de \$1,000 (\$500 por audífono) de beneficio de audífonos cada año.</p>
<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 1 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción simple O la extirpación quirúrgica del diente erupcionado,1 por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para los dientes anteriores (no molar) uno o dos relleno de resina superficial o restauración o los dientes posteriores (molar) uno, dos o tres superficie resina relleno o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 1 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción simple O la extirpación quirúrgica del diente erupcionado,1 por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para los dientes anteriores (no molar) uno o dos relleno de resina superficial o restauración o los dientes posteriores (molar) uno, dos o tres superficie resina relleno o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p>	<p>Los servicios dentales excluyen escalamiento periodontal, aplanamiento radicular y mantenimiento periodontal. Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante.</p> <p>Para obtener más información o para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
<p>Servicios de Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de visión rutinario • Gafas (Marcos y Lentes) 	<p>Usted paga \$0 de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite en la cobertura del plan son \$125 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el máximo de beneficio de plan de \$125 para beneficio de gafas.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite en la cobertura del plan son \$100 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el máximo de beneficio de plan de \$100 para beneficio de gafas.</p>
<p>Servicios de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de hospitalización • Visita de terapia de grupo - ambulatoria • Visita de terapia individual - ambulatoria 	<p>Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 6 y \$0 copago por los días 7 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita de terapia individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$35 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita de terapia individual ambulatoria</p>

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite en la cobertura del plan son \$100 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el máximo de beneficio de plan de \$100 para beneficio de gafas.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para examen de visión rutinario 1 por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p> <p>El límite en la cobertura del plan son \$125 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el máximo de beneficio de plan de \$125 para beneficio de gafas.</p>	<p>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo realizados por un oftalmólogo están sujetos al copago del especialista.</p> <p>Póngase en contacto con el Plan para beneficios suplementarios.</p> <p>Usted no paga por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos por un optometrista.</p>
<p>Usted paga \$195 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
Centro de Enfermería Especializada	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 5</p> <p>Usted paga \$20 de copago por los días 6 al 20</p> <p>Usted paga \$150 copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 5</p> <p>Usted paga \$20 de copago por los días 6 al 20</p> <p>Usted paga \$150 copago por cada día por los días 21 al 100</p>
Servicios de Rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Terapia Ocupacional • Visita de Terapia Física, terapia de habla y del lenguaje 	<p>Usted paga \$40 de copago</p> <p>Usted paga \$40 de copago</p>	<p>Usted paga \$35 de copago</p> <p>Usted paga \$35 de copago</p>
Ambulancia	Usted paga \$200 de copago de copago por cada viaje de ida	Usted paga \$175 de copago de copago por cada viaje de ida
Transporte	Usted paga \$0 por hasta 6 viajes de ida cada año	Usted paga \$0 por hasta 6 viajes de ida cada año
Medicamentos de la parte B de Medicare	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 5</p> <p>Usted paga \$20 de copago por los días 6-20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 5</p> <p>Usted paga \$20 de copago por los días 6-20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por los días 21 al 100</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted debe obtener autorización previa antes que sea ingresado a las instalaciones o su estancia no puede ser cubierta.</p>
<p>Usted paga \$40 de copago</p> <p>Usted paga \$40 de copago</p>	<p>Usted paga \$20 de copago</p> <p>Usted paga \$20 de copago</p>	<p>Para servicios de rehabilitación, tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio específico. Puede haber límites en terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan.</p>
<p>Usted paga \$200 de copago de copago por cada viaje de ida</p>	<p>Usted paga \$150 de copago de copago por cada viaje de ida</p>	<p>La autorización previa puede ser requerida. Comuníquese con el Plan para obtener más información</p>
<p>Usted paga \$0 por hasta 6 viajes de ida cada año</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 6 viajes de ida cada año</p>	<p>Transporte está diseñado para viajes a/o desde ubicaciones aprobadas por el plan para citas médicas y las necesidades de salud dentro de su condado. Llame para programar un viaje por lo menos 72 horas antes de la hora prevista para la cita médica.</p>
<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia.</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia.</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de Parte B</p>	<p>El Plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por la parte B de Medicare o Medicare parte D. Por favor refiérase a su Evidencia de Cobertura para más detalles.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001	Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022
Cuidado de los Pies (Servicios de Podología) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de los pies y tratamiento 	Usted paga \$40 de copago	Usted paga \$35 de copago
Equipo Médico/Suministros <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (Por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) • Suministros para la diabetes 	Usted paga 20% coaseguro Usted paga 20% coaseguro Usted paga 0-20% coaseguro	Usted paga 20% coaseguro Usted paga 20% coaseguro Usted paga 0-20% coaseguro
Bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Gimnasio • Línea de consejos de enfermeras las 24 horas 	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Suministros de venta libre (OTC)	\$35 Asignación mensual	\$30 Asignación mensual

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026	Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032	Lo que debe saber
Usted paga \$40 de copago	Usted paga \$20 de copago	Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario. Tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio
<p>Usted paga 20%</p> <p>Usted paga 20%</p> <p>Usted paga 0-20%</p>	<p>Usted paga 20%</p> <p>Usted paga 20%</p> <p>Usted paga 0-20%</p>	Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio. Usted paga nada por los Monitores Diabéticos, Lancetas y Tiras Reactivas ordenadas a través del programa de pedido por correo del Plan y el 20% en venta al por menor y otros suministros diabéticos.
Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago	Membresías a Gimnasios se limitan a las instalaciones participantes. Consejo de la salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana
\$30 Asignación mensual	\$35 Asignación mensual	Por favor, póngase en contacto con el plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos cubiertos. Para Servicios a los Miembros llame al 1-866-245-5360, los usuarios de TTY llame al 711 o visite nuestro sitio web en www.you optimumhealthcare.com .

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_001

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Marca Preferida Nivel 3: Drogas No-Preferidas Nivel 4: Nivel de Especialidad	\$0 De copago \$40 De copago \$85 De copago 33% del Costo	\$0 De copago \$80 De copago \$170 De copago 33% del Costo	El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$3750 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si usted reside en una facilidad de cuidado a largo plazo, lo mismo paga por un estándar por menor 30 días y el suministro de día 90 de correo estándar.
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 De copago	\$0 De copago	Para todos los demás medicamentos usted paga 35% del precio de los medicamentos de marca y 44% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$5000 .
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.35 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$8.35 de copago por cualquier otro medicamento) • Nuestro Plan paga el resto del costo 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_022

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Marca Preferida Nivel 3: Drogas No-Preferidas Nivel 4: Nivel de Especialidad	\$0 De copago \$40 De copago \$95 De copago 33% del Costo	\$0 De copago \$80 De copago \$190 De copago 33% del Costo	El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$3750 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si usted reside en una facilidad de cuidado a largo plazo, lo mismo paga por un estándar por menor 30 días y el suministro de día 90 de correo estándar.
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 De copago	\$0 De copago	Para todos los demás medicamentos usted paga 35% del precio de los medicamentos de marca y 44% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$5000 .
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.35 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$8.35 de copago por cualquier otro medicamento) • Nuestro Plan paga el resto del costo • 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Gold Rewards Plan (HMO)_026

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Marca Preferida Nivel 3: Drogas No-Preferidas Nivel 4: Nivel de Especialidad	\$0 De copago \$40 De copago \$95 De copago 33% del Costo	\$0 De copago \$80 De copago \$190 De copago 33% del Costo	El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$3750 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si usted reside en una facilidad de cuidado a largo plazo, lo mismo paga por un estándar por menor 30 días y el suministro de día 90 de correo estándar.
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 De copago	\$0 De copago	Para todos los demás medicamentos usted paga 35% del precio de los medicamentos de marca y 44% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$5000 .
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.35 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$8.35 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Gold Plus Plan (HMO)_032

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Marca Preferida Nivel 3: Drogas No-Preferidas Nivel 4: Nivel de Especialidad	\$0 De copago \$30 De copago \$60 De copago 33% del Costo	\$0 De copago \$60 De copago \$120 De copago 33% del Costo	El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$3750 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si usted reside en una facilidad de cuidado a largo plazo, lo mismo paga por un estándar por menor 30 días y el suministro de día 90 de correo estándar.
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 De copago	\$0 De copago	Para todos los demás medicamentos usted paga 35% del precio de los medicamentos de marca y 44% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$5000 .
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.35 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$8.35 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, buscar en el manual **“Medicare y Usted”**. Véalo en línea en la página <http://www.medicare.gov>. o puede obtener una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como inglés y letra grande. Para obtener más información, por favor llámenos al número de teléfono abajo o visítenos en <http://www.YourOptimumHealthcare.com>.

Favor llamar a Servicio del Miembro al 1-800-401-2740 para información adicional. Usuarios TTY deben llamar al 711. Del 1 de octubre al 14 de febrero puede llamarnos 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm. Del 15 de febrero al 30 de septiembre nos puede llamar de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

Usted puede ver de nuestro plan servicios y directorios de farmacia en nuestra página web <http://www.YourOptimumHealthcare.com> o puede llamar y le enviaremos una copia de los directorios. El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted será avisado cuando sea necesario.

Cubrimos medicamentos parte D. Además, cubrimos parte B medicamentos como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos de parte D) y restricciones en nuestra página de web <http://www.YourOptimumHealthcare.com>.

La discriminación es contra la ley.

Aviso informándoles a las personas sobre la no discriminación y requisitos de accesibilidad

Optimum HealthCare, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Optimum HealthCare, Inc. no excluye la gente o tratar de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Optimum HealthCare, Inc.:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Los intérpretes de lengua de signos cualificados
 - La información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el Inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - La información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles de Optimum HealthCare.

Si usted cree que Optimum HealthCare, Inc. no ha podido proporcionar estos servicios o discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja a:

Coordinador de Derechos Civiles

Optimum HealthCare

P.O. Box 152727

Tampa, FL 33684

Teléfono: 1-866-245-5360, TTY / TDD: 711

Fax: 813-506-6235

Puede presentar una queja por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Optimum HealthCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos, por vía electrónica a través de la Oficina de Portal queja de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-idioma servicios de interpretación

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-245-5360 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-245-5360 (TTY: 711)。

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-245-5360 (ATS: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-245-5360 (телетайп: 711).

العربية (Arabic): 1-866-245-5360 برقم اتصل به المجان لك لتوافر ال لغوية المساعدة خدمات فإن ال لغة، اذكر ت تحدث كنت إذا: ملحوظة (711: وال بكم ال صم هاتف رقم) 1-866-245-5360

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-245-5360 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-245-5360 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-245-5360 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): ંુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ંિન: ગુલ્ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટ ગુલબ્ છે. ફોન કરો 1-866-245-5360 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-245-5360 (TTY: 711).

2018 Resumen de Beneficios



OPTIMUM
HealthCare, Inc.

Optimum HealthCare, Inc.
P.O. Box 151137
Tampa, FL 33684

www.youoptimumhealthcare.com



Combinacion de planes:

001 - 022 - 026 - 032

001 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Broward, Hernando, Hillsborough, Miami-Dade, Pasco, Pinellas

022 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Orange, Osceola, Seminole, Volusia

026 – Optimum Gold Rewards Plan (HMO)

Condados:

Lake, Marion, Sumter

032 – Optimum Gold Plus Plan (HMO)

Condados:

Hernando