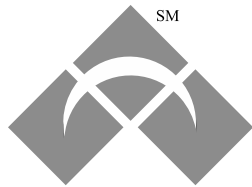


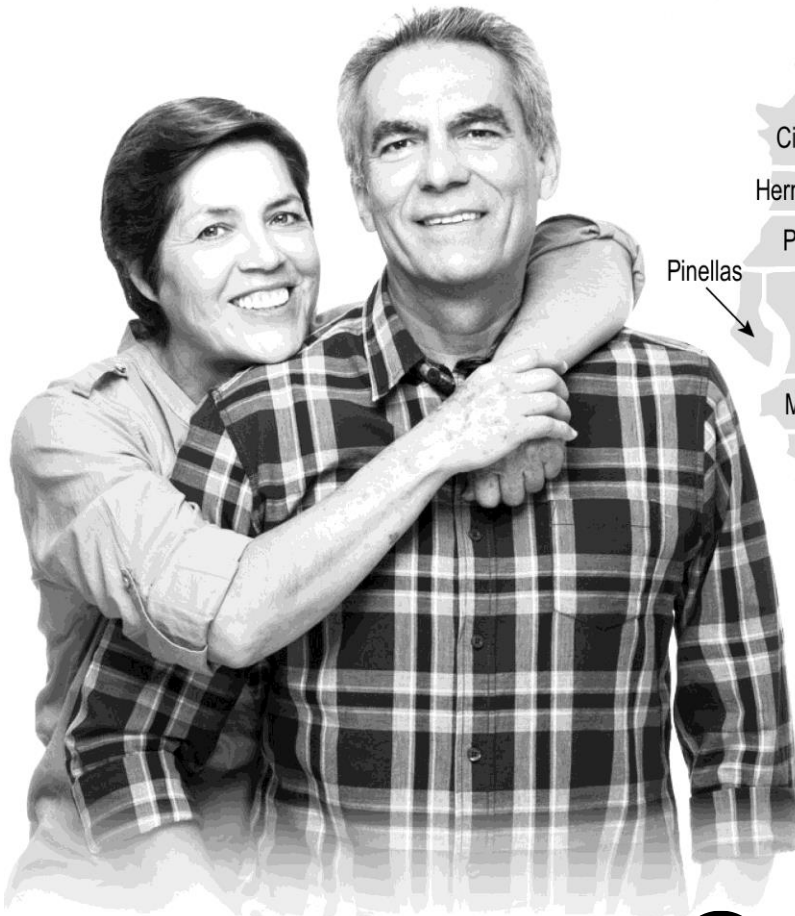
Planes de Necesidades Especiales para condiciones crónicas

2021

O21SBCSNPSP



OPTIMUM
HealthCare, Inc.



Combinación de planes: 028 - 029 - 030 - 031 - 034 - 035

028 – Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)

029 - Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

Condados:

Hernando, Hillsborough, Pasco, Pinellas

030 – Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)

Condados:

Citrus, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Polk, Sarasota, Seminole, Sumter, Volusia

031 – Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

Condados:

Citrus, Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole, Sumter

034 – Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)

Condados:

Brevard, Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin, St. Lucie

035 – Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

Condados:

Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin, St. Lucie

H5594_2021_SB_028_029_030_031_034_035_M



2021 Resumen de Beneficios

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_028

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_029

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_030

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_031

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_034

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_035

El propósito del Resumen de Beneficios es proporcionarle un resumen de los beneficios de medicamentos y de salud cubiertos por **Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_028, Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_029, Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_030, Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_031, Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_034 y Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_035** que describe lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1--866-245-5360 (TTY: 711) 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.

Optimum HealthCare, Inc. es un HMO con un contrato de Medicare. Inscripción en el Plan depende de la renovación de contrato. Optimum HealthCare, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta el año 2021 basado en una revisión del Modelo de Atención de Optimum HealthCare, Inc.

Para unirse a **Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_028, Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_030 o Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_034**, usted debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Nuestros planes están diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para estos planes, usted debe tener Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica y/o Diabetes, y vivir en nuestra área de servicio.

Para unirse a **Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_029, Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_031 o Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_035**, usted debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Nuestros planes están diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para estos planes, debe tener trastornos pulmonares crónicos y vivir en nuestra área de servicio.

H5594_2021_SB_028_029_030_031_034_035_M

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en la Florida:

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_028

Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

H5594_029 Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_030

Citrus, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Polk, Sarasota, Seminole, Sumter y Volusia.

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

H5594_031 Citrus, Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole y Sumter

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_034

Brevard, Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin y St. Lucie

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP)

H5594_035 Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin y St. Lucie

Optimum HealthCare, Inc. tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Debe usar proveedores del plan para obtener su atención y servicios médicos, excepto en los servicios de emergencia o necesarios urgentes cuando la red no esté disponible, servicios de diálisis fuera del área y en los casos en que el plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Si obtiene atención de rutina de proveedores que no pertenecen a la red, ni Medicare ni Optimum HealthCare serán responsables de los costos. Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Optimum HealthCare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio para Miembros o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
Prima Mensual del Plan	Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$144.60	Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$144.60	Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$65
Deducible	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Máxima responsabilidad fuera de bolsillo <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	\$1,900 anualmente	\$2,900 anualmente	\$5,000 anualmente
Cobertura por Ingresos Hospitalarios	Usted paga \$95 de copago cada día por los días 1 a 5 y \$0 copago cada día por los días 6 a 90 por admisión	Usted paga \$150 de copago cada día por los días 1 a 5 y \$0 copago cada día por los días 6 a 90 por admisión	Usted paga \$195 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión
Cobertura del hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$125 de copago por visita	Usted paga \$150 de copago por visita	Usted paga \$195 de copago por visita

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
Usted paga \$0 Optimum HealthCare, Inc. reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$50	Usted paga \$0	Usted paga \$0	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	Usted paga \$0	Estos planes no tienen un deducible.
\$5,000 anualmente	\$6,700 anualmente	\$6,700 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 cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$225 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$225 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día 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 \$195 de copago por visita	Usted paga \$195 de copago por visita	Usted paga \$195 de copago por visita	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. 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.

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
Visitas al Médico <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas 	Usted paga \$0 copago por visita Usted paga \$30 copago por visita	Usted paga \$0 copago por visita Usted paga \$30 copago por visita	Usted paga \$0 copago por visita Usted paga \$30 copago por visita
Cuidado Preventivo	Usted paga \$0 copago	Usted paga \$0 copago	Usted paga \$0 copago
Cuidado de Emergencia	Usted paga \$75 copago por visita	Usted paga \$75 copago por visita	Usted paga \$75 copago por visita
Servicios de Urgencia	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$10 de copago

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 copago por visita</p> <p>Usted paga \$30 copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 copago por visita</p> <p>Usted paga \$40 copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 copago por visita</p> <p>Usted paga \$40 copago por visita</p>	<p>Su médico primario coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará tener una remisión de su PCP primero. Copago por separado puede ser aplicable por cada servicio adicional que reciba en una visita al consultorio.</p>
<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>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.</p>
<p>Usted paga \$75 copago por visita</p>	<p>Usted paga \$75 copago por visita</p>	<p>Usted paga \$75 copago por visita</p>	<p>\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de \$100,000 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.</p>
<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de \$100,000 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.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
<p>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</p> <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-\$125 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$125 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$125 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>	<p>Usted paga \$25-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de Audición/ Evaluación de adaptación de audífonos • Audífono 	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de 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 evaluación de adaptación de 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 evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$25-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$195 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de red. Para más información contacte el plan.</p>
<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de 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 evaluación de adaptación de 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 evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Nuestro Plan paga un máximo de \$1,000 (\$500 por audífono) de beneficio de audífonos 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>Para todos los planes, usted paga un copago de \$0 por el examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
<p>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Oral y Limpieza • Tratamiento de fluoruro • Radiografías Dentales • Extracción/Extracción quirúrgica • Rellenos • Desbridamiento • Limpieza Profunda (Escalada/cepillado radicular) • Mantenimiento Periodontal 	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina 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 de copago por escalada/ cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina 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 de copago por escalada/ cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 para radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina 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 de copago por escalada/ cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina 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 de copago por escalada/ cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 para radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 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 para radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p> <p>No está cubierto</p>	<p>Los servicios dentales excluyen mantenimiento periodontal. Autorización previa puede ser obligada. Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante.</p> <p>Para los planes 034 y 035, los servicios dentales excluyen escalamiento periodontal, aplanamiento radicular, rellenos, desbridamiento y mantenimiento periodontal.</p> <p>Para obtener más detalles o para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Para todos los planes, usted paga un copago de \$0 por el beneficio dental cubierto por Medicare.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
<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 es \$150 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio.</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el costo minorista total—máximo de beneficio de plan de \$150 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 es \$150 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio.</p> <p>Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el costo minorista total—máximo de beneficio de plan de \$150 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 es \$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 costo minorista total—máximo de beneficio de plan de \$125 para beneficio de gafas.</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	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 es \$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 costo minorista total—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 es \$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 costo minorista total—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 es \$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 costo minorista total—máximo de beneficio de plan de \$100 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>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
<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 \$95 de copago cada día por los días 1 a 5 y \$0 copago cada día por los días 6 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita grupal ambulatoria/visita individual de terapia</p>	<p>Usted paga \$150 de copago cada día por los días 1 a 5 y \$0 copago cada día por los días 6 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita grupal ambulatoria/visita individual de terapia</p>	<p>Usted paga \$195 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita grupal ambulatoria/visita individual de terapia</p>
<p>Centro de Enfermería Especializada</p>	<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$125 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$125 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$195 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita grupal ambulatoria/visita individual de terapia</p>	<p>Usted paga \$225 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual de terapia</p>	<p>Usted paga \$225 de copago cada día por los días 1 a 7 y \$0 copago cada día por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual de terapia</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>
<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF (Centro de Enfermería Especializada) por periodo de beneficio.</p> <p>Usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en una institución o su estancia no puede ser cubierta.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
<p>Terapia Física (Servicios de Rehabilitación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Terapia Ocupacional • Visita de Terapia Física • Visita de Terapia de habla • Visita de Terapia del lenguaje 	<p>Usted paga \$30 de copago</p>	<p>Usted paga \$25 de copago</p>	<p>Usted paga \$30 de copago</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 24 viajes de ida cada año</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 24 viajes de ida cada año</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 4 viajes de ida cada año</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
Usted paga \$30 de copago	Usted paga \$40 de copago	Usted paga \$40 de copago	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 detalles, póngase en contacto con el plan.
Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.	Usted paga \$175 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.	Usted paga \$175 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.	La autorización previa puede ser requerida. Comuníquese con el Plan para obtener más información.
Usted paga \$0 por hasta 4 viajes de ida cada año	Usted paga \$0 por hasta 4 viajes de ida cada año	Usted paga \$0 por hasta 4 viajes de ida cada año	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.

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
Centro de Cirugía Ambulatoria	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$125 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$195 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>
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>	<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>
Cuidado de los Pies (Servicios de Podología) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de los pies y tratamiento 	<p>Usted paga \$30 de copago</p>	<p>Usted paga \$30 de copago</p>	<p>Usted paga \$30 de copago</p>
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 	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0% coaseguro</p>	<p>Usted paga 0% de coaseguro para el oxígeno y 20% para el resto de DME</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0%-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0% coaseguro</p>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$195 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$100 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$195 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$100 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto per Medicare.</p> <p>Usted paga \$195 de copago por cada visita al hospital ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>La autorización previa puede ser obligatorio. Póngase en contacto con el Plan para obtener más detalles.</p> <p>Si usted está teniendo una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio.</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>	<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>	<p>El Plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B o Parte D.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles.</p>
<p>Usted paga \$30 de copago</p>	<p>Usted paga \$40 de copago</p>	<p>Usted paga \$40 de copago</p>	<p>Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario.</p> <p>Primero necesitará una referencia o autorización de su PCP, dependiendo del servicio.</p>
<p>Usted paga 0% de coaseguro para el oxígeno y 20% para el resto de DME</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0%-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0% coaseguro</p>	<p>Usted paga 0% de coaseguro para el oxígeno y 20% para el resto de DME</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0%-20% coaseguro</p>	<p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Primero necesitará una referencia o autorización de su PCP, dependiendo del servicio. Usted paga \$0 por monitores diabéticos, lancetas y tiras de prueba ordenadas a través del programa de pedidos por correo del plan. Para los planes 029, 031, y 035, se paga el 20% para todos los demás suministros para la diabetes. Para los planes 028, 030, y 034 usted paga \$0 para todos los demás suministros para la diabetes.</p>

Primas y Beneficios	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _028	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _029	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _030
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	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago
Suministros de venta libre (OTC)	\$75 Asignación mensual <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	\$50 Asignación mensual <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	\$30 Asignación mensual <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _031	Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) _034	Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) _035	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Membresías a Gimnasios se limitan a las instalaciones participantes.</p> <p>Consejo de la salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>
<p>\$30 Asignación mensual</p> <p><i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$20 Asignación mensual</p> <p><i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$20 Asignación mensual</p> <p><i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>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.</p> <p>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.youroptimumhealthcare.com</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_028

	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 Nivel 5: Medicamentos para la Diabetes Selectos	\$0 de copago \$20 de copago \$60 de copago 33% del Costo \$10 de copago	\$0 de copago \$40 de copago \$120 de copago Suministro a largo plazo no disponible \$20 de copago	<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 5: Medicamentos para la Diabetes Selectos	\$0 de copago \$10 de copago	\$0 de copago \$20 de copago	<p>Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% 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 \$6,550.</p>
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	<p>Usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_029

	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 \$20 de copago \$60 de copago 33% del Costo	\$0 de copago \$40 de copago \$120 de copago Suministro a largo plazo no disponible	<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	<p>Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_030

	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 Nivel 5: Medicamentos para la Diabetes Selectos	\$0 de copago \$30 de copago \$80 de copago 33% del Costo \$10 de copago	\$0 de copago \$60 de copago \$160 de copago Suministro a largo plazo no disponible \$20 de copago	<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	<p>Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_031

	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 \$80 de copago 33% del Costo	\$0 de copago \$60 de copago \$160 de copago Suministro a largo plazo no disponible	<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	<p>Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento • Nuestro Plan paga el resto del costo 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) H5594_034

	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 \$35 de copago \$85 de copago 33% del Costo	\$0 de copago \$70 de copago \$170 de copago Suministro a largo plazo no disponible	<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
<i>Etapa Sin Cobertura</i>	<p>Durante esta etapa, usted paga 25% del precio para todos los medicamentos de marca y 25% del precio para todos medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación).</p> <p>Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>		
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	<p>Usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento) 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Optimum Diamond Rewards COPD (HMO C-SNP) H5594_035

	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>			<p>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 \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos en el nivel 1 permiten suministro de hasta 100 días. Favor de llámanos o acceder a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$35 de copago	\$70 de copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$85 de copago	\$170 de copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>	<p>Durante esta etapa, usted paga 25% del precio para todos los medicamentos de marca y 25% del precio para todos medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación).</p> <p>Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>		
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	<p>Usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

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 www.medicare.gov. 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.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, revise la *Evidencia de Cobertura* (EOC) en línea en www.youroptimumhealthcare.com u obtenga una copia llamando al 1-866-245-5360 (TTY: 711).

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 www.youroptimumhealthcare.com.

Favor llamar a Servicio del Miembro al 1-866-245-5360 para información adicional. Usuarios TTY deben llamar al 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llámenos 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm EST. Del 1 de abril al 30 de septiembre nos puede llamar de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm EST.

Para adaptaciones de personas con necesidades especiales en reuniones, llame al 1-866-245-5360 (TTY: 711).

Usted puede ver los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestra página web www.youroptimumhealthcare.com o puede llamar y le enviaremos una copia de un directorio. 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 www.youroptimumhealthcare.com.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

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. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Optimum HealthCare, Inc. konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks. 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).

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: 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. 20211

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

Los formularios de quejas están disponibles en 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): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 18662455360 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-245-5360 (TTY: 711).

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

ΠΡΟΣΟΧΗ (Greek): Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-245-5360 (TTY: 711).

2021 Resumen de Beneficios



OPTIMUM
HealthCare, Inc.

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

www.youoptimumhealthcare.com



Combinación de Planes:

028 - 029 - 030 - 031 - 034 - 035

**028 – Optimum Diamond Rewards
(HMO C-SNP)**

**029 - Optimum Diamond Rewards COPD
(HMO C-SNP)**

Condados:

Hernando, Hillsborough, Pasco, Pinellas

**030 – Optimum Diamond Rewards
(HMO C-SNP)**

Condados:

Citrus, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Polk,
Sarasota, Seminole, Sumter, Volusia

**031 – Optimum Diamond Rewards COPD
(HMO C-SNP)**

Condados:

Citrus, Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole, Sumter

**034 – Optimum Diamond Rewards
(HMO C-SNP)**

Condados:

Brevard, Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin, St. Lucie

**035 – Optimum Diamond Rewards COPD
(HMO C-SNP)**

Condados: Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin,
St. Lucie