

2018

RESUMEN DE BENEFICIOS



San Luis Valley



## Resumen de Beneficios

1 de Enero de 2018 a 31 de Diciembre de 2018

Este folleto le da un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos o enumeramos todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

### Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de Costo (como los planes de Friday Health Plans Medicare Plans (Cost)).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que Friday Health Plans Medicare Planes (Costos) cubre y lo que paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O use el buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de "Medicare y usted". Vea en línea en <http://www.medicare.gov> o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

•Cosas que debe saber sobre **Friday Health Plans Medicare Plans (Cost)**

•Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por servicios cubiertos

•Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

This document is available in other formats such as Braille and large print.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 719-589-3696 if calling from within the San Luis Valley or at 1-800-475-8466 if calling from outside the San Luis Valley. Deaf or Hearing Impaired using a TTY may call 1-800-659-2656.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y en letra grande.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea Inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 719-589-3696 si llama desde dentro del Valle de San Luis o al 1-800-475-8466 si llama desde fuera del Valle de San Luis. Sordos o con discapacidad auditiva utilizando un TTY pueden llamar al 1-800-659-2656.

### Cosas que debe saber sobre Friday Health Plans Medicare Plans (Cost)

#### Horas de operación

- Del 1 de octubre al 14 de febrero, usted puede llamarnos 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tiempo de la montaña.
- Del 15 de febrero al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Tiempo de la montaña.

### **Friday Health Plans Medicare Plans (Cost) Números de Teléfono y Sitio Web**

- Si es miembro de este plan y reside dentro del Valle de San Luis, llame al 719-589-3696 o al número gratuito 1-800-475-8466 si reside fuera del Valle de San Luis.
- Si no es miembro de este plan y llama desde el Valle de San Luis, llame al 719-589-3696 o al 1-800-475-8466 si llama desde fuera del Valle de San Luis.
- Nuestra página web: <http://www.fridayhealthplans.com>

### **¿Quién puede unirse?**

Para unirse a los planes de Friday Health Plans Medicare (Costo), debe estar inscrito en la Parte B de Medicare (o tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare) y vivir en nuestro área de servicio.

Nuestro área de servicio incluye los siguientes condados en Colorado: Alamosa, Conejos, Costilla, Mineral, Rio Grande, y Saguache.

### **¿Qué médicos y hospitales puedo usar?**

**Friday Health Plans Medicare Plans (Cost)** tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si utiliza los proveedores de nuestra red, puede pagar menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

Puede ver el directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web (<http://www.cochoice.com>).

O llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores.

### **¿Qué cubrimos?**

Nuestros miembros del plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, usted puede pagar menos.

**Friday Health Plans Medicare Plans (Cost)** cubre medicamentos de la Parte B incluyendo quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Sin embargo, este plan no cubre los medicamentos recetados de la Parte D. También puede afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado.

## RESUMEN DE BENEFICIOS

### 1 de Enero de 2018 a 31 de Diciembre de 2018

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
<b>PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE, Y LÍMITES DE CUÁNTO USTED PAGA POR SERVICIOS CUBIERTOS</b>			
<b>Prima Mensual</b>	\$30 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$50 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$80 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.
<b>Máxima responsabilidad de los bolsillos (MOOP)</b>	<p>Nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.</p> <p>Su (s) límite (s) anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,700 por los servicios que recibe de los proveedores de la red</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospitales cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía tendrá que pagar sus primas mensuales.</p>	<p>Nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.</p> <p>Su (s) límite (s) anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$ 6,700 por los servicios que recibe de los proveedores de la red</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospitales cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía tendrá que pagar sus primas mensuales.</p>	<p>Nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.</p> <p>Su (s) límite (s) anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$ 6,700 por los servicios que recibe de los proveedores de la red</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospitales cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía tendrá que pagar sus primas mensuales.</p>
<b>¿Hay un límite en cuánto pagará el plan?</b>	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para los servicios que se aplican.	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para los servicios que se aplican.	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para los servicios que se aplican.

Friday Health Plans es un plan de costos con un contrato de Medicare. La inscripción en Friday Health Plans depende de la renovación del contrato.

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
<p><b>BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS</b></p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios con un<sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.</li> <li>• Los servicios con un<sup>2</sup> pueden requerir una derivación de su médico.</li> </ul>			
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados<sup>1,2</sup></b></p>	<p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de</p>	<p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de</p>	<p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de</p>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	<p>90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <p>\$1,175 copago por estancia</p>	<p>90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$850 copago por estancia</li> </ul>	<p>90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$750 copago por estancia</li> </ul>
<b>Cirugía ambulatoria</b> <sup>1,2</sup>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: \$300 copago</p> <p>Ambulatorio: \$300 copago</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: \$250 copago</p> <p>Ambulatorio: \$250 copago</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: \$200 copago</p> <p>Ambulatorio: \$200 copago</p>
<b>Visitas al consultorio médico</b> <sup>2</sup>	<p>Visita del médico de atención primaria: \$35 copago</p> <p>Visita del especialista: \$50 copago</p>	<p>Visita del médico de atención primaria: \$25 copago</p> <p>Visita del especialista: \$40 copago</p>	<p>Visita del médico de atención primaria: \$20 copago</p> <p>Visita del especialista: \$35 copago</p>
<b>Cuidado preventivo</b> <sup>1</sup>	<p>No pagas nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de aneurisma de la aorta abdominal</li> <li>• Consejería de uso indebido de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Cribado del cáncer cervical y</li> </ul>	<p>No pagas nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de aneurisma de la aorta abdominal</li> <li>• Consejería de uso indebido de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Cribado del cáncer cervical y</li> </ul>	<p>No pagas nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de aneurisma de la aorta abdominal</li> <li>• Consejería de uso indebido de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Cribado del cáncer cervical y</li> </ul>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	<p>vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de depresión</li> <li>• Proyecciones de Diabetes</li> <li>• Detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Examen y asesoramiento sobre la obesidad</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar con tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, inyecciones de neumococo</li> <li>• "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez)</li> <li>• Visita anual de "Bienestar"</li> </ul> <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato serán cubiertos.</p>	<p>vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de depresión</li> <li>• Proyecciones de Diabetes</li> <li>• Detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Examen y asesoramiento sobre la obesidad</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar con tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, inyecciones de neumococo</li> <li>• "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez)</li> <li>• Visita anual de "Bienestar"</li> </ul> <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato serán cubiertos.</p>	<p>vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de depresión</li> <li>• Proyecciones de Diabetes</li> <li>• Detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Examen y asesoramiento sobre la obesidad</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar con tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, inyecciones de neumococo</li> <li>• "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez)</li> <li>• Visita anual de "Bienestar"</li> </ul> <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato serán cubiertos.</p>
<b>Cuidados de emergencia</b>	\$75 copago	\$75 copago	\$75 copago



Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	Si usted es admitido en el hospital en 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.	Si usted es admitido en el hospital en 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.	Si usted es admitido en el hospital en 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.
<b>Servicios Urgentemente Necesitados</b>	\$40 copago  Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por servicios urgentemente necesarios. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.	\$35 copago  Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por servicios urgentemente necesarios. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.	\$30 copago  Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por servicios urgentemente necesarios. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.
<b>Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología y radiografías (los costos de estos servicios pueden variar en función del lugar de servicio)<sup>1,2</sup></b>	Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 20% del costo  Pruebas y procedimientos diagnósticos: No paga nada  Servicios de laboratorio: No paga nada  Rayos X para pacientes ambulatorios: No paga nada	Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 20% del costo  Pruebas y procedimientos diagnósticos: No paga nada  Servicios de laboratorio: No paga nada  Rayos X para pacientes ambulatorios: No paga nada	Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 20% del costo  Pruebas y procedimientos diagnósticos: No paga nada  Servicios de laboratorio: No paga nada  Rayos X para pacientes ambulatorios: No paga nada

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): 20% del costo	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): 20% del costo	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): 20% del costo
<b>Servicios de audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$35 copago	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$30 copago	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$25 copago
<b>Servicios Dentales</b>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con cuidado, tratamiento, llenado, remoción o reemplazo de dientes): 20% del costo</p> <p>Servicios dentales: 50% del costo de una visita a una oficina que incluye:</p> <p>Limpieza (hasta 1 cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 año por año)</p> <p>Examen oral (hasta 1 por año)</p>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con cuidado, tratamiento, llenado, remoción o reemplazo de dientes): 20% del costo</p> <p>Servicios dentales: 50% del costo de una visita a una oficina que incluye:</p> <p>Limpieza (hasta 1 cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 año por año)</p> <p>Examen oral (hasta 1 por año)</p>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con cuidado, tratamiento, llenado, remoción o reemplazo de dientes): 20% del costo</p> <p>Servicios dentales: 50% del costo de una visita a una oficina que incluye:</p> <p>Limpieza (hasta 1 cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 año por año)</p> <p>Examen oral (hasta 1 por año)</p>
<b>Servicios de Visión</b>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluyendo la detección anual de glaucoma): \$35 copago</p> <p>Examen de rutina de los ojos (hasta 1 cada año): \$35 copago</p> <p>Gafas (marcos y lentes) (hasta 1</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluyendo la detección anual de glaucoma): \$30 copago</p> <p>Examen de rutina de los ojos (hasta 1 cada año): \$30 copago</p> <p>Gafas (marcos y lentes) (hasta 1</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluyendo la detección anual de glaucoma): \$25 copago</p> <p>Examen de rutina de los ojos (hasta 1 cada año): \$25 copago</p> <p>Gafas (marcos y lentes) (hasta 1</p>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	<p>cada dos años): \$0 copago</p> <p>Gafas o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$55 cada dos años para lentes (marcos y lentes).</p> <p>Copago de \$0 significa que no hay copago por anteojos (marcos y lentes), nuestro plan solo paga \$55 cada dos años por anteojos (marcos y lentes). Cualquier cosa más de \$55 es responsabilidad de los miembros.</p>	<p>cada dos años): \$0 copago</p> <p>Gafas o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$55 cada dos años para lentes (marcos y lentes).</p> <p>Copago de \$0 significa que no hay copago por anteojos (marcos y lentes), nuestro plan solo paga \$55 cada dos años por anteojos (marcos y lentes). Cualquier cosa más de \$55 es responsabilidad de los miembros.</p>	<p>cada dos años): \$0 copago</p> <p>Gafas o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$55 cada dos años para lentes (marcos y lentes).</p> <p>Copago de \$0 significa que no hay copago por anteojos (marcos y lentes), nuestro plan solo paga \$55 cada dos años por anteojos (marcos y lentes). Cualquier cosa más de \$55 es responsabilidad de los miembros.</p>
<p><b>Cuidado de la salud mental</b> <sup>1,2</sup></p>	<p>I Visita a pacientes hospitalizados: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda una vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente</p>	<p>Visita a pacientes hospitalizados: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda una vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente</p>	<p>Visita a pacientes hospitalizados: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda una vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se ingresa como paciente</p>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	<p>hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,175 Copago por estancia</li> </ul> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$40 copay</p> <p>Outpatient individual therapy visit:</p>	<p>hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$850 Copago por estancia</li> </ul> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$30 copay</p> <p>Outpatient individual therapy visit:</p>	<p>hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital para pacientes hospitalizados estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$750 Copago por estancia</li> </ul> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 copay</p>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	\$40 copago	\$30 copago	Outpatient individual therapy visit: \$25 copago
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)<sup>1,2</sup></b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por día durante los días 1 a 20</li> <li>• \$164.50 Copago por día para los días 21 a 100</li> </ul> <p>Los copagos de la Unidad de Enfermería Especializada <b>no cuentan</b> para Máximo Fuera de Bolsillo</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por día durante los días 1 a 20</li> <li>• \$164.50 Copago por día para los días 21 a 100</li> <li>•</li> </ul> <p>Los copagos de la Unidad de Enfermería Especializada <b>no cuentan</b> para Máximo Fuera de Bolsillo</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por día durante los días 1 a 20</li> <li>• \$164.50 Copago por día para los días 21 a 100</li> </ul> <p>Los copagos de la Unidad de Enfermería Especializada <b>no cuentan</b> para Máximo Fuera de Bolsillo</p>
<b>Rehabilitación ambulatoria<sup>1,2</sup></b>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (de corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones hasta 36 semanas): \$35 copago</p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$35 copago</p> <p>Terapia física y terapia del habla y del lenguaje: \$35 copago</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (de corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones hasta 36 semanas): \$25 copago</p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$25 copago</p> <p>Terapia física y terapia del habla y del lenguaje: \$25 copago</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (de corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones hasta 36 semanas): \$20 copago</p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$20 copago</p> <p>Terapia física y terapia del habla y del lenguaje: \$20 copago</p>

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
<b>Ambulancia</b> <sup>1</sup>	\$150 copago  Si es admitido en el hospital, no tiene que pagar por los servicios de ambulancia.	\$150 copago  Si es admitido en el hospital, no tiene que pagar por los servicios de ambulancia.	\$150 copago  Si es admitido en el hospital, no tiene que pagar por los servicios de ambulancia.
<b>Transporte</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo  Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Nuestro plan no cubre el medicamento recetado de la Parte D.	Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo  Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Nuestro plan no cubre el medicamento recetado de la Parte D.	Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo  Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Nuestro plan no cubre el medicamento recetado de la Parte D.
<b>Acupuntura</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Cuidado quiropráctico</b>	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición): \$20 copago	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición): \$15 copago	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición): \$10 copago
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b> <sup>1</sup>	Suministros de monitorización de la diabetes: 20% del costo	Suministros de monitorización de la	Suministros de monitorización de la

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
	<p>Entrenamiento de la autogestión de la diabetes: Usted no paga nada</p> <p>Zapatos terapéuticos o insertos: 20% del costo</p> <p>Si el médico le proporciona servicios además del entrenamiento de auto-manejo de Diabetes, puede aplicarse un costo compartido separado de \$35 a \$50.</p>	<p>diabetes: 20% del costo</p> <p>Entrenamiento de la autogestión de la diabetes: Usted no paga nada</p> <p>Zapatos terapéuticos o insertos: 20% del costo</p> <p>Si el médico le proporciona servicios además del entrenamiento de auto-manejo de Diabetes, puede aplicarse un costo compartido separado de \$25 a \$40.</p>	<p>diabetes: 20% del costo</p> <p>Entrenamiento de la autogestión de la diabetes: Usted no paga nada</p> <p>Zapatos terapéuticos o insertos: 20% del costo</p> <p>Si el médico le proporciona servicios además del entrenamiento de auto-manejo de Diabetes, puede aplicarse un costo compartido separado de \$20 a \$35.</p>
<b>Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<sup>1</sup></b>	20% del costo	20% del costo	20% del costo
<b>Cuidado de los pies (servicios de podología)<sup>1,2</sup></b>	Exámenes y tratamiento del pie si usted tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones: \$40 copago	Exámenes y tratamiento del pie si usted tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones: \$35 copago	Exámenes y tratamiento del pie si usted tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones: \$30 copago
<b>Cuidado de la salud en el hogar <sup>1,2</sup></b>	\$25 copago	\$20 copago	\$15 copago
<b>Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup></b>	<p>Visita de terapia grupal: \$40 copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$40 copago</p>	<p>Visita de terapia grupal: \$30 copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$30 copago</p>	<p>Visita de terapia grupal: \$25 copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$25 copago</p>
<b>Artículos de venta libre</b>	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto

Beneficios	Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)	Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost)
<b>Dispositivos protésicos (apoyos, miembros artificiales, etc.)<sup>1</sup></b>	Dispositivos protésicos: 20% del costo  Suministros médicos relacionados: 20% del costo	Dispositivos protésicos: 20% del costo  Suministros médicos relacionados: 20% del costo	Dispositivos protésicos: 20% del costo  Suministros médicos relacionados: 20% del costo
<b>Diálisis renal <sup>1,2</sup></b>	20% del costo	20% del costo	20% del costo
<b>Hospicio</b>	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo por los medicamentos y los cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor, póngase en contacto con nosotros para más detalles.	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo por los medicamentos y los cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor, póngase en contacto con nosotros para más detalles.	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo por los medicamentos y los cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor, póngase en contacto con nosotros para más detalles.



## Información adicional sobre los beneficios de Friday Health Plans

### **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**

Si no desea pagar deducibles y coseguro de Medicare Original cuando vaya a proveedores fuera de la red, debe obtener autorización previa de los Planes de Friday Health (excepto los servicios urgentes o de emergencia). Si no tiene una autorización previa antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red (a excepción de los servicios de urgencia o de emergencia), tendrá que pagar los importes de su bolsillo de Medicare original.

### **Hospicio**

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Parte A y Parte B relacionados con su condición terminal son pagados por Original Medicare. Friday Health Plans cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con enfermedades terminales que aún no ha elegido el beneficio de hospicio.

### **Visitas al consultorio médico**

El copago o coseguro se determinará por el nivel de servicio proporcionado por el profesional de la salud (es decir, si el servicio es una visita a la oficina, se evaluará un copago y si se realizan procedimientos adicionales en la oficina se podría aplicar un coseguro del 20% Además del copago de la oficina).

### **Servicios de Rehabilitación Ambulatoria**

Original Medicare impuso tapas de terapia financiera para 2017 (que están sujetas a cambios para 2018):

- \$ 1980 para servicios de Terapia Ocupacional.
- \$ 1980 para servicios combinados para servicios de Terapia Física y Patología del Habla-Lenguaje.

Friday Health Plans limitará la terapia de una manera similar.



## Servicios de intérpretes multilingües

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at [1-800-475-8466]. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al [1-800-475-8466]. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### **Chinese Mandarin:**

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-800-475-

8466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

### **Chinese Cantonese:**

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-475-8466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa [1-800-475-8466]. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au [1-800-475-8466]. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi [1-800-475-8466] sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter [1-800-475-8466]. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 [1-800-475-8466]번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону [1-800-475-8466]. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [6648-574-008-1]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية خدمة مجانية.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero [1-800-475-8466]. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número [1-800-475-8466]. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan [1-800-475-8466]. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer [1-800-475-8466]. Ta usługa jest bezpłatna.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें [1-800-475-8466] पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-800-475-8466]にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Friday Health Plans es un plan de Costo con un contrato de Medicare.

La inscripción en Friday Health Plans depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios. Para mas informacion, contacte el plan.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, primas, copagos o coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 719-589-3696 if calling from within the San Luis Valley or at 1-800-475-8466 if calling from outside the San Luis Valley. Deaf or Hearing Impaired using a TTY may call 1-800-659-2656, Monday – Friday, 8:00 am to 8:00 pm.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente al 719-589-3696 si llama desde dentro del Valle de San Luis o al 1-800-475-8466 si llama desde fuera del Valle de San Luis. Sordos o con discapacidad auditiva utilizando un TTY pueden llamar al 1-800-659-2656.