

Un vistazo a los beneficios

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS)	FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)	FHCP Medicare Rx Savings (HMO)
--	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Costos y detalles del plan

Número de PBP	H1035-002	H1035-040	H1035-014
Área de servicio	Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia	Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia	Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia
¿De cuánto es la prima mensual?	\$49 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. FHCP Medicare reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta en \$82
¿De cuánto es el deducible?	\$0 por servicios de atención médica	\$0 por servicios de atención médica	\$0 por servicios de atención médica
¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios médicos cubiertos?	\$3,400 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.	\$5,100 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.	\$9,350 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Beneficios médicos y hospitalarios

Visitas al consultorio médico	\$0 de copago Médico de atención primaria \$20 de copago Especialista	\$0 de copago Médico de atención primaria \$0-\$30 de copago Especialista	\$20 de copago Médico de atención primaria \$50 de copago Especialista
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

Centro de hospitalización	Días 1 a 6: \$300 de copago por día. Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.	Días 1 a 6: \$320 de copago por día. Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.	Días 1 a 4: \$500 de copago por día. Después del día 4, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.
Servicios ambulatorios en el hospital	\$200 de copago	\$250 de copago	\$400 de copago
Cirugía ambulatoria	\$150 de copago en un centro de cirugía ambulatoria. \$200 de copago en un centro de atención ambulatoria.	\$200 de copago en un centro de cirugía ambulatoria. \$250 de copago en un centro de atención ambulatoria.	\$300 de copago en un centro de cirugía ambulatoria. \$400 de copago en un centro de atención ambulatoria.
Servicios de urgencia necesarios	\$0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP. \$20 de copago en un centro de atención de urgencia.	\$0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP. \$30 de copago en un centro de atención de urgencia.	\$20 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP. \$45 de copago en un centro de atención de urgencia.
Sala de emergencia	\$100 de copago	\$125 de copago	\$100 de copago

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D¹

Deducible	\$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.	\$295 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 4 y 5.	\$590 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 3, 4 y 5.
------------------	---	---	--

Lo que paga en una farmacia preferida por un suministro de 31 días

Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$0 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$42 de copago	\$44 de copago	Deducible y luego \$45 de copago

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D¹ (continuación)

Nivel 4 (No preferidos)	25% de coseguro	Deducible y luego 25% de coseguro	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 5 (Especialidad)	33% de coseguro	Deducible y luego 29% de coseguro	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 6 (Vacunas)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Lo que paga en una farmacia FHCP de pedido por correo por un suministro de 93 días

Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$0 de copago	\$12 de copago	\$27 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$123 de copago	\$129 de copago	Deducible y \$132 copago
Nivel 4 (No preferidos)	25% de coseguro	Deducible y 25% de coseguro	Deducible y 25% de coseguro

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses ni pagará más de \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Beneficios adicionales

Servicios de la vista

\$15 de copago por examen de la vista de rutina anual.

Subsidio de \$90 cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

\$0 de copago por examen de la vista de rutina anual.

Subsidio de \$180 cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

\$15 de copago por examen de la vista de rutina anual.

Subsidio de \$90 cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

Servicios de audición y audífonos

\$0 de copago por examen auditivo de rutina por año.

\$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos.

Subsidio máximo de \$300 por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

\$0 de copago por examen auditivo de rutina por año.

\$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos.

Subsidio máximo de \$300 por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

\$0 de copago por examen auditivo de rutina por año.

\$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos.

Subsidio máximo de \$300 por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

Servicios dentales

\$0 de copago para los siguientes servicios:

- Exámenes bucales, limpiezas y radiografías
- Extracciones no quirúrgicas
- Ajustes de prótesis dentales completas o parciales

Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los límites y la frecuencia de la cobertura.

\$0 de copago para los siguientes servicios:

- Exámenes bucales, limpiezas y radiografías
- Extracciones no quirúrgicas
- Ajustes de prótesis dentales completas o parciales

Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los límites y la frecuencia de la cobertura.

No es aplicable

Recompensas de FHCP Medicare

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

Beneficios adicionales (continuación)

**Programa de
acondicionamiento
físico preferido**

Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare

Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare

Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare