

F24SBPLATSP



*Combinación de planes*  
**088 - 089 - 091 - 092 - 098**

**088 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Brevard, Indian River, Martin, St. Lucie

**089 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Orange, Osceola, Seminole, Volusia

**091 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Manatee y Sarasota

**092 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Polk

**098 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Charlotte, Collier, Lee

H5427\_2024\_SB\_088\_089\_091\_092\_098\_M

*Resumen de Beneficios de 2024*



# Resumen de Beneficios

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_088**

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_089**

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_091**

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_092**

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_098**

El propósito del Resumen de Beneficios es proporcionarle un resumen de los beneficios de medicamentos y de salud cubiertos por **Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_088, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_089, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_091, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_092 y Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_098**, en el que se describe lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711) para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Los beneficios varían según el plan.

Freedom Health, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Freedom Health, Inc. depende de la renovación del contrato.

Para ser elegible para **Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_088, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_089, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_091, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_092 y Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_098**, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida:

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_088:** Brevard, Indian River, Martin y St. Lucie

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_089:** Orange, Osceola, Seminole y Volusia

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_091:** Manatee y Sarasota

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_092:** Polk

**Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427\_098:** Charlotte, Collier y Lee

Freedom Health, Inc. cubre la atención de emergencia y los servicios de urgencia de proveedores fuera de la red. Para la atención de rutina, debe usar la red de proveedores, hospitales y farmacias de Freedom Health mientras se encuentre en el área de servicio del plan. Ni Medicare ni Freedom Health, Inc. serán responsables de los costos derivados de la atención de rutina que reciba por parte de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Freedom Health, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.



<b>Primas y beneficios</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	Usted paga <b>\$0.</b>	Usted paga <b>\$0.</b>	Usted paga <b>\$0.</b>
<b>Deducible</b>	Usted paga <b>\$0.</b>	Usted paga <b>\$0.</b>	Usted paga <b>\$0.</b>
<b>Máxima responsabilidad de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos recetados)</i>	<b>\$1,750</b> por año	<b>\$2,000</b> por año	<b>\$2,750</b> por año
<b>Cobertura por ingresos hospitalarios</b>	Usted paga <b>\$85</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.	Usted paga <b>\$25</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.	Usted paga <b>\$75</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.
<b>Cobertura del hospital para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga <b>\$100</b> de copago por visita.	Usted paga <b>\$100</b> de copago por visita.	Usted paga <b>\$150</b> de copago por visita.

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
Usted paga <b>\$0</b> . Freedom Health, Inc. reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta <b>\$20</b> .	Usted paga <b>\$0</b> .	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 <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> .	Estos planes no tienen un deducible.
<b>\$1,750</b> por año	<b>\$3,400</b> por año	Esto es lo máximo que paga de copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos por el año.  Póngase en contacto con el Plan para más detalles sobre lo que está cubierto en Máxima Responsabilidad de Bolsillo.
Usted paga <b>\$40</b> de copago cada día durante los días 1 a 5 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 6 a 90 por ingreso.	Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.	Excepto en una emergencia, usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en un centro o su estadía podría no estar cubierta.
Usted paga <b>\$75</b> de copago por visita.	Usted paga <b>\$150</b> de copago por visita.	Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.  Los servicios incluyen, entre otros, visitas a centros hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare, clínicas, salas de tratamiento ambulatorio, salas de observación o servicios de cirugía ambulatoria.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089</b>	<b>Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091</b>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Usted paga <b>\$25</b> de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.  Usted paga <b>\$100</b> de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga <b>\$25</b> de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.  Usted paga <b>\$100</b> de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga <b>\$25</b> de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.  Usted paga <b>\$150</b> de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.
<b>Visitas al médico</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primario</b></li> <li>• <b>Especialistas</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por visita.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por visita.</p>
<b>Cuidado preventivo</b>	Usted paga <b>\$0</b> de copago.	Usted paga <b>\$0</b> de copago.	Usted paga <b>\$0</b> de copago.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga <b>\$120</b> de copago por visita.	Usted paga <b>\$120</b> de copago por visita.	Usted paga <b>\$120</b> de copago por visita.
<b>Servicios de urgencia</b>	Usted paga <b>\$10</b> de copago.	Usted paga <b>\$10</b> de copago.	Usted paga <b>\$10</b> de copago.

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$25</b> de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$75</b> de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$25</b> de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el Plan.</p> <p>Si tiene una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita.</p> <p>Usted paga <b>\$10</b> de copago por visita.</p>	<p>Su médico de atención primaria coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan.</p> <p>Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará tener una remisión de su PCP primero.</p> <p>Se puede aplicar un copago por separado por cada servicio adicional que reciba en una visita médica.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Los servicios preventivos llevados a cabo en el hospital pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Usted paga <b>\$120</b> de copago por visita.</p>	<p>Usted paga <b>\$120</b> de copago por visita.</p>	<p><b>\$500</b> de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de <b>\$100,000</b> para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el Plan.</p>
<p>Usted paga <b>\$10</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$10</b> de copago.</p>	<p><b>\$500</b> de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de <b>\$100,000</b> para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el Plan.</p>

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<p><b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, MRI)</b></li> <li>• <b>Servicios de laboratorio</b></li> <li>• <b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</b></li> <li>• <b>Radiografías ambulatorias</b></li> <li>• <b>Radiología terapéutica</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$25-\$100</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$50</b> de copago dependiendo del lugar de servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$100</b> de copago o <b>20%</b> de coseguro dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$100</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro para radiología terapéutica.</p>	<p>Usted paga <b>\$25-\$100</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$50</b> de copago dependiendo del lugar de servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$100</b> de copago o el <b>20%</b> del coseguro, dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$100</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro para radiología terapéutica.</p>	<p>Usted paga <b>\$25-\$150</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$50</b> de copago dependiendo del lugar de servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$150</b> de copago o el <b>20%</b> de coseguro dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$150</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro para radiología terapéutica.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen de audición/Evaluación de adaptación de audífonos</b></li> <li>• <b>Audífono</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen de audición de rutina y una evaluación de adaptación de audífonos cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen de audición de rutina y una evaluación de adaptación de audífonos cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen de audición de rutina y una evaluación de adaptación de audífonos cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$25-\$75</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$50</b> de copago dependiendo del lugar de servicio.</p> <p>Usted paga entre <b>\$0-\$75</b> de copago o el <b>20%</b> del coseguro, dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$75</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro para radiología terapéutica.</p>	<p>Usted paga <b>\$25-\$150</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$50</b> de copago dependiendo del lugar de servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$150</b> de copago o el <b>20%</b> del coseguro, dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>\$0-\$150</b> de copago dependiendo del servicio.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro para radiología terapéutica.</p>	<p>Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el Plan para obtener más información.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen de audición de rutina y una evaluación de adaptación de audífonos cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un examen de audición de rutina y una evaluación de adaptación de audífonos cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.</p>	<p>Nuestro plan paga un máximo de <b>\$1,500 (\$750 por audífono)</b> de beneficio de audífonos cada año.</p> <p>Usted es responsable de pagar cualquier monto que exceda el máximo de <b>\$1,500 (\$750 por audífono)</b>.</p> <p>Para todos los planes, usted paga <b>\$0</b> de copago por el examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen oral y limpieza</b></li> <li>• <b>Tratamiento de fluoruro</b></li> <li>• <b>Radiografías dentales</b></li> <li>• <b>Extracción</b></li> <li>• <b>Empastes dentales</b></li> <li>• <b>Desbridamiento</b></li> <li>• <b>Limpieza profunda (Escalada/Cepillado Radicular)</b></li> <li>• <b>Mantenimiento periodontal</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen oral, 2 por año; <b>\$0</b> de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y <b>\$0</b> de copago por limpieza, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por radiografías dentales.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción, 1 procedimiento por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para empastes de resina o restauración, 1 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 1 desbridamiento de boca completa cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 procedimientos por año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen oral, 2 por año; <b>\$0</b> de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y <b>\$0</b> de copago por limpieza, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por radiografías dentales.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción, 1 procedimiento por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para empastes de resina o restauración, 1 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 1 desbridamiento de boca completa cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 procedimientos por año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen oral, 2 por año; <b>\$0</b> de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y <b>\$0</b> de copago por limpieza, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por radiografías dentales.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción, 1 procedimiento por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para empastes de resina o restauración, 1 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 1 desbridamiento de boca completa cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 procedimientos por año.</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen oral, 2 por año; <b>\$0</b> de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y <b>\$0</b> de copago por limpieza, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por radiografías dentales.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción, 1 procedimiento por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para empastes de resina o restauración, 1 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 1 desbridamiento de boca completa cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 procedimientos por año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen oral, 2 por año; <b>\$0</b> de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y <b>\$0</b> de copago por limpieza, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por radiografías dentales.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por extracción, 1 procedimiento por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para empastes de resina o restauración, 1 por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por desbridamiento de boca completa, cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por escalada/cepillado radicular.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 procedimientos por año.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios deben ser brindados por un proveedor dental participante.</p> <p>Para obtener más información o para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Para todos los planes, usted paga <b>\$0</b> de copago por el beneficio dental cubierto por Medicare.</p> <p>Para escalada/cepillado radicular, 4 procedimientos por año, y límite de 1 procedimiento por cuadrante por año.</p>

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<p><b>Servicios de Visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Examen de visión de rutina</b></li> <li><b>Gafas (Marcos y Lentes)</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para 1 examen de visión de rutina por año por un optometrista.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de gafas o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$150</b> para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para 1 examen de visión de rutina por año por un optometrista.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de gafas o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$300</b> para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para 1 examen de visión de rutina por año por un optometrista.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de gafas o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$150</b> para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visita de hospitalización</b></li> <li><b>Visita de terapia de grupo: ambulatoria</b></li> <li><b>Visita de terapia individual: ambulatoria</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$85</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.</p>	<p>Usted paga <b>\$25</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.</p>	<p>Usted paga <b>\$75</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para 1 examen de visión de rutina por año por un optometrista.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de gafas o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$150</b> para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para 1 examen de la vista de rutina por año con un optometrista.</p> <p>Usted paga <b>\$10</b> de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de gafas o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de <b>\$150</b> para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) por año de beneficio</p>	<p>Los exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos realizados por un oftalmólogo están sujetos al copago del especialista.</p> <p>Comuníquese con el Plan para conocer los beneficios suplementarios. Un proveedor de servicios de la vista participante debe brindar los servicios.</p> <p>Usted no paga por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos llevados a cabo por un optometrista.</p> <p>En el caso de los planes 088, 091, 092 y 098, usted será responsable de cualquier monto que exceda el costo minorista total máximo del beneficio del plan de <b>\$150</b> para el beneficio de productos ópticos.</p> <p>En el caso del plan 089, usted será responsable de cualquier monto que exceda el costo minorista total máximo del beneficio del plan de <b>\$300</b> para el beneficio de productos ópticos.</p>
<p>Usted paga <b>\$40</b> de copago cada día durante los días 1 a 5 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 6 a 90 por ingreso.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.</p>	<p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 1 a 7 y <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 8 a 90 por ingreso.</p> <p>Usted paga <b>\$10</b> de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.</p>

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 21 a 100.</p>
<b>Terapia física</b> <i>(Servicios de rehabilitación)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visita de terapia ocupacional</b></li> <li>• <b>Visita de terapia física</b></li> <li>• <b>Visita de terapia del habla</b></li> <li>• <b>Visita de terapia del lenguaje</b></li> </ul>	Usted paga <b>\$15</b> de copago	Usted paga <b>\$0</b> de copago.	Usted paga <b>\$15</b> de copago.
<b>Ambulancia</b>	<p>Usted paga <b>\$175</b> de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el <b>20%</b> del coseguro por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted paga <b>\$150</b> de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$150</b> de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago cada día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga <b>\$150</b> de copago cada día durante los días 21 a 100.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF (Centro de Enfermería Especializada) por plan de beneficios.</p> <p>Usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en un centro o su estadía podría no estar cubierta.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$10</b> de copago.</p>	<p>Para servicios de rehabilitación, tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio específico.</p> <p>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.</p>
<p>Usted paga <b>\$150</b> de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> de coseguro por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$150</b> de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el <b>20%</b> del coseguro por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el Plan.</p>

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<b>Transporte</b>	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>12</b> viajes de ida cada año.	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>12</b> viajes de ida cada año.	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>12</b> de viajes de ida cada año
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Usted paga <b>20%</b> del costo de los medicamentos para quimioterapia y el <b>20%</b> del costo de otros medicamentos de la Parte B.  Para las insulinas de la Parte B, usted paga <b>\$35</b> o menos por un suministro de un mes.	Usted paga el <b>20%</b> del costo de los medicamentos para quimioterapia y el <b>20%</b> del costo de otros medicamentos de la Parte B.  Para las insulinas de la Parte B, usted paga <b>\$35</b> o menos por un suministro de un mes.	Usted paga el <b>20%</b> del costo de los medicamentos para quimioterapia y el <b>20%</b> del costo de otros medicamentos de la Parte B.  Para las insulinas de la Parte B, usted paga <b>\$35</b> o menos por un suministro de un mes.
<b>Cuidado de los pies</b> <i>(Servicios de Podología)</i>  • <b>Exámenes de los pies y tratamiento</b>	Usted paga <b>\$15</b> de copago.	Usted paga <b>\$0</b> de copago.	Usted paga <b>\$15</b> de copago.
<b>Equipo médico/suministros</b>  • <b>Equipo médico duradero</b> <i>(por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)</i>  • <b>Prótesis</b> <i>(por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)</i>  • <b>Suministros para la diabetes</b>	Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>0-20%</b> de coseguro.	Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>0-20%</b> de coseguro.	Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga el <b>0-20%</b> del coseguro.

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>12</b> viajes de ida cada año.	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>12</b> viajes de ida cada año.	El transporte está diseñado para viajes a y/o desde ubicaciones aprobadas por el plan para citas médicas y 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.
Usted paga el <b>20%</b> del costo de los medicamentos para quimioterapia y el <b>20%</b> del costo de otros medicamentos de la Parte B.  Para las insulinas de la Parte B, usted paga <b>\$35</b> o menos por un suministro de un mes.	Usted paga el <b>20%</b> del costo de los medicamentos para quimioterapia y el <b>20%</b> del costo de otros medicamentos de la Parte B.  Para las insulinas de la Parte B, usted paga <b>\$35</b> o menos por un suministro de un mes.	El plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare.  Es posible que vea costos que paga de su bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B, con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles.
Usted paga <b>\$0</b> de copago.	Usted paga <b>\$10</b> de copago.	Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario.  Primero necesitará una remisión o autorización de su PCP, dependiendo del servicio.
Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>0-20%</b> de coseguro.	Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>20%</b> de coseguro.  Usted paga <b>0-20%</b> de coseguro.	Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original.  Primero necesitará una remisión o autorización de su PCP, dependiendo del servicio.  Usted paga <b>\$0</b> por monitores diabéticos, lancetas y tiras de prueba ordenados a través del Programa de Pedidos por Correo del plan.  Usted paga el <b>20%</b> para todos los suministros para la diabetes en una farmacia minorista.

Primas y beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<b>Bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acondicionamiento físico</b></li> <li>• <b>Línea de consejos de enfermeras las 24 horas</b></li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>
<b>Acondicionamiento físico activo</b>	Sin cobertura	Asignación anual de <b>\$500</b>	Asignación anual de <b>\$500</b>
<b>Artículos de Venta Libre (OTC)</b>	Asignación mensual de <b>\$50</b>  <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación para OTC restante al mes siguiente.</i>	Asignación mensual de <b>\$75</b>  <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación para OTC restante al mes siguiente.</i>	Asignación mensual de <b>\$50</b>  <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación para OTC restante al mes siguiente.</i>
<b>Servicios de asistencia a domicilio</b>	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>30 horas</b> de servicios de acompañante por año.	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>30 horas</b> de servicios de acompañante por año.	Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>30 horas</b> de servicios de acompañante por año.

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_098	Lo que debe saber
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago.</p>	<p>Las membresías a gimnasios se limitan a los centros participantes.</p> <p>Consejos de salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<p>Asignación anual de <b>\$500</b></p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>El beneficio de acondicionamiento físico activo proporciona una asignación de gastos de <b>\$500</b> en su tarjeta prepagada de beneficios. Esta asignación de gastos se puede utilizar para tarifas de acceso o costos de lecciones/clínicas en instalaciones deportivas para golf, natación y tenis. La asignación no se puede aplicar a mercancías u otros servicios. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros.</p>
<p>Asignación mensual de <b>\$75</b></p> <p><i>El plan no le permite transferir ninguna asignación para OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>Asignación mensual de <b>\$50</b></p> <p><i>El plan no le permite transferir ninguna asignación para OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>Comuníquese con el Plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Llame a Servicios para Miembros al 1-800-401-2740, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o visite nuestra sitio web en <a href="http://www.freedomhealth.com">www.freedomhealth.com</a>.</p>
<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>30 horas</b> de servicios de acompañante por año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por hasta <b>30 horas</b> de servicios de acompañante por año.</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, tareas domésticas ligeras, compañía y orientación técnica. Los servicios se programan en incrementos de 1 hora. Llame al 1-888-228-5958 para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Freedom Platinum Plan Rx (HMO)\_088

	<b>Venta minorista estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Pedido por correo estándar Suministro para 90 días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>* Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:</b> nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.</p>			
<b><i>Etapa de deducible</i></b>	Esta etapa no aplica a usted.		
<b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>  <b>Nivel 2: medicamentos de marca preferida</b>  <b>Nivel 3: medicamentos no preferidos</b>  <b>Nivel 4: medicamentos especializados</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$30 de copago</b>  <b>\$75 de copago</b>  <b>33% del costo</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$60 de copago</b>  <b>\$150 de copago</b>  <b>Suministro a largo plazo no disponible</b>	El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y de cuándo entra en otra etapa de beneficios de la Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen <b>\$5,030</b> . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos del Nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que una venta minorista estándar de un suministro de un mes por un suministro de 34 días.
<b><i>Etapa de periodo sin cobertura</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	Para todos los demás medicamentos, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de <b>\$8,000</b> .
<b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b>	No tendrá que pagar ningún coseguro ni copagos durante esta fase por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare.		Durante esta etapa, el plan pagará el costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Freedom Platinum Plan Rx (HMO)\_089

	<b>Venta minorista estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Pedido por correo estándar Suministro para 90 días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>* Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:</b> nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.</p>			
<b><i>Etapa de deducible</i></b>	Esta etapa no aplica a usted.		
<b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>  <b>Nivel 2: medicamentos de marca preferida</b>  <b>Nivel 3: medicamentos no preferidos</b>  <b>Nivel 4: medicamentos especializados</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$25 de copago</b>  <b>\$65 de copago</b>  <b>33% del costo</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$50 de copago</b>  <b>\$130 de copago</b>  <b>Suministro a largo plazo no disponible</b>	<p>El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y de cuándo entra en otra etapa de beneficios de la Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen <b>\$5,030</b>. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos del Nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que una venta minorista estándar de un suministro de un mes por un suministro de 34 días.</p>
<b><i>Etapa de periodo sin cobertura</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	<p>Para todos los demás medicamentos, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de <b>\$8,000</b>.</p>
<b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b>	No tendrá que pagar ningún coseguro ni copagos durante esta fase por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare.		Durante esta etapa, el plan pagará el costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Freedom Platinum Plan Rx (HMO)\_091

	<b>Venta minorista estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Pedido por correo estándar Suministro para 90 días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>* Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:</b> nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.</p>			
<b><i>Etapa de deducible</i></b>	Esta etapa no aplica a usted.		
<b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b> <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>  <b>Nivel 2: medicamentos de marca preferida</b>  <b>Nivel 3: medicamentos no preferidos</b>  <b>Nivel 4: medicamentos especializados</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$25 de copago</b>  <b>\$70 de copago</b>  <b>33% del costo</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$50 de copago</b>  <b>\$140 de copago</b>  <b>Suministro a largo plazo no disponible</b>	<p>El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y de cuándo entra en otra etapa de beneficios de la Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen <b>\$5,030</b>. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos del Nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que una venta minorista estándar de un suministro de un mes por un suministro de 34 días.</p>
<b><i>Etapa de periodo sin cobertura</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	<p>Para todos los demás medicamentos, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de <b>\$8,000</b>.</p>
<b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b>	No tendrá que pagar ningún coseguro ni copagos durante esta fase por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare.		Durante esta etapa, el plan pagará el costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Freedom Platinum Plan Rx (HMO)\_092

	<b>Venta minorista estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Pedido por correo estándar Suministro para 90 días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>* Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:</b> nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.</p>			
<b><i>Etapa de deducible</i></b>	Esta etapa no aplica a usted.		
<b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b> <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>  <b>Nivel 2: medicamentos de marca preferida</b>  <b>Nivel 3: medicamentos no preferidos</b>  <b>Nivel 4: medicamentos especializados</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$10 de copago</b>  <b>\$55 de copago</b>  <b>33% del costo</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$20 de copago</b>  <b>\$110 de copago</b>  <b>Suministro a largo plazo no disponible</b>	El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y de cuándo entra en otra etapa de beneficios de la Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen <b>\$5,030</b> . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos del Nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que una venta minorista estándar de un suministro de un mes por un suministro de 34 días.
<b><i>Etapa de periodo sin cobertura</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	Para todos los demás medicamentos, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de <b>\$8,000</b> .
<b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b>	No tendrá que pagar ningún coseguro ni copagos durante esta fase por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare.		Durante esta etapa, el plan pagará el costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Freedom Platinum Plan Rx (HMO)\_098

	<b>Venta minorista estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Pedido por correo estándar Suministro para 90 días</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>* Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:</b> nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.</p>			
<b><i>Etapa de deducible</i></b>	Esta etapa no aplica a usted.		
<b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b> <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>  <b>Nivel 2: medicamentos de marca preferida</b>  <b>Nivel 3: medicamentos no preferidos</b>  <b>Nivel 4: medicamentos especializados</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$30 de copago</b>  <b>\$70 de copago</b>  <b>33% del costo</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$60 de copago</b>  <b>\$140 de copago</b>  <b>Suministro a largo plazo no disponible</b>	<p>El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y de cuándo entra en otra etapa de beneficios de la Parte D. Usted paga su costo compartido hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen <b>\$5,030</b>. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos del Nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que una venta minorista estándar de un suministro de un mes por un suministro de 34 días.</p>
<b><i>Etapa de periodo sin cobertura</i></b>  <b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	<p>Para todos los demás medicamentos, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca y el <b>25%</b> del precio para todos los medicamentos genéricos (más una porción de la tarifa de dosificación). Usted se queda en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de <b>\$8,000</b>.</p>
<b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b>	No tendrá que pagar ningún coseguro ni copagos durante esta fase por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare.		Durante esta etapa, el plan calculará el costo de sus medicamentos para el resto del año calendario.

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión actualizada de su manual de **"Medicare y Usted"**. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga 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.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura en línea en [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com) u obtenga una copia llamando al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Este documento está disponible en otros formatos como letra grande y otros idiomas. Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que figura a continuación o visítenos en [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com).

Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-401-2740. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, de lunes a viernes.

Puede ver los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com), o puede llamarnos, y le enviaremos una copia de los directorios. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web en [www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com).

Freedom Health, Inc. cumple con todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, 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. Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-800-401-2740] (TTY: 711). Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele [1-800-401-2740] (TTY: 711).

## La discriminación es ilegal

### Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de accesibilidad y la no discriminación

Freedom Health, Inc. cumple con todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Freedom Health, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita esos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health.

Si usted cree que Freedom Health, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Freedom Health Civil Rights Coordinator

P.O. Box 152727

Tampa, FL 33684

Teléfono: 1-800-401-2740, TTY: 711

Fax: 813-506-6235

Puede presentar un reclamo por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por teléfono o por correo:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.



## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

Form Approved  
OMB# 0938-1421

**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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711)。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 1-800-401-2740 (TTY: 711)。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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711) 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)

**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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-401-2740 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**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 1-800-401-2740 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**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、1-800-401-2740 (TTY: 711)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。



# Resumen de Beneficios de 2024



Freedom Health, Inc.  
P.O. BOX 151137  
Tampa, FL 33684

[www.freedomhealth.com](http://www.freedomhealth.com)

## *Combinación de planes*

*088 - 089 - 091 - 092 - 098*

**088 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Brevard, Indian River, Martin, St. Lucie

**089 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Orange, Osceola, Seminole, Volusia

**091 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Manatee y Sarasota

**092 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Polk

**098 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)**

**Condados:** Charlotte, Collier, Lee