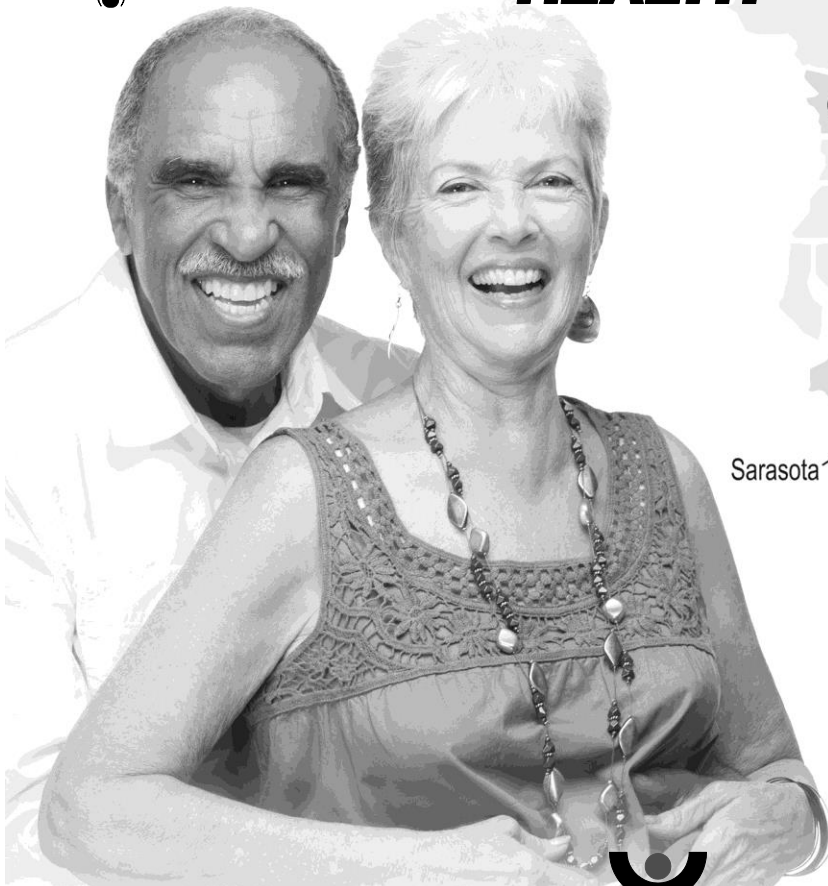
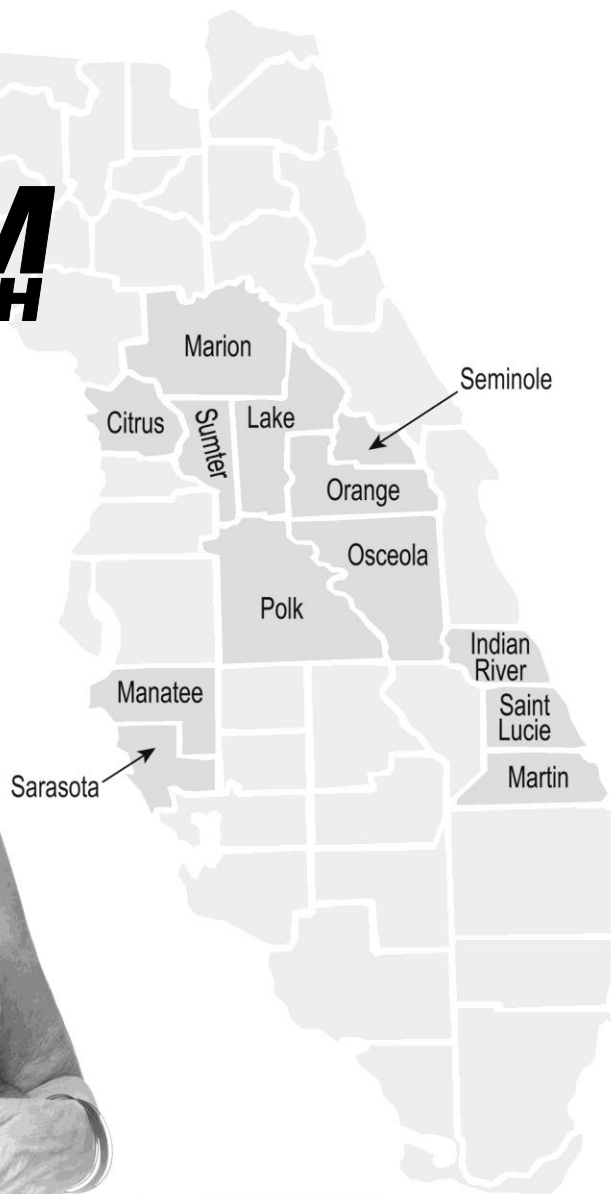


F21SBPLATSP



Focused on **You**



Combinación de Planes **088-089-091-092-093-094**

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

Condados: Indian River, Martin, St. Lucie

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

Condados: Orange, Osceola, Seminole

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

Condados: Manatee y Sarasota

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

Condados: Polk

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

Condados: Citrus

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

Condados:

Lake, Marion, Sumter

Resumen de Beneficios

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

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_093

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_094

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, Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_093, y Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_094**, que 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 más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Freedom Health, Inc. es un HMO con un contrato de Medicare. Inscripción en el Plan depende de la renovación de contrato.

Para ser elegible para unirse a **Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_088, Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089, Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091, Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092, Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093, o Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094**, usted debe tener ambos Medicare Parte A y Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

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

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_088: Indian River, Martin y St. Lucie

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_089 Orange, Osceola y Seminole

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_091 Manatee y Sarasota

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_092 Polk

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_093 Citrus

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_094 Lake, Marion y Sumter

H5427_2021_SB_088_089_091_092_093_094_M

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

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
Prima Mensual del Plan	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Deducible	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Máxima responsabilidad fuera de bolsillo <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	\$3,000 anualmente	\$2,500 anualmente	\$3,400 anualmente
Cobertura por Ingresos Hospitalarios	Usted paga \$85 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$125 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión
Cobertura del Hospital para Pacientes Ambulatorios	Usted paga \$100 copago por visita	Usted paga \$100 copago por visita	Usted paga \$150 copago por visita

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que su prima de parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero.
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Estos planes no tienen un deducible.
\$2,500 anualmente	\$2,500 anualmente	\$2,250 anualmente	Esto es lo máximo que paga de copagos, coaseguro y otros costos por servicios médicos por el año. Póngase en contacto con el Plan para más detalles sobre lo que está cubierto en su Máxima Responsabilidad Fuera de Bolsillo.
Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión	Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 5 y \$0 copago por los días 6 a 90 por admisión	Excepto en una emergencia, usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en una institución o su estadía no será cubierta.
Usted paga \$100 copago por visita	Usted paga \$150 copago por visita	Usted paga \$100 copago por visita	La autorización previa es necesaria para algunos servicios por su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el Plan para obtener más información. Los servicios incluyen, pero no se limitan a, visitas a centros hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare, clínica, sala de tratamiento ambulatorio, sala de observación o servicios de cirugía ambulatoria.

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
Visitas al Médico <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas 	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$15 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$35 de copago por visita</p>
Cuidado Preventivo	Usted paga \$0 copago	Usted paga \$0 copago	Usted paga \$0 copago
Cuidado de Emergencia	Usted paga \$75 de copago por visita	Usted paga \$75 de copago por visita	Usted paga \$75 de copago por visita
Servicios de Urgencia	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$10 de copago

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$10 de copago por visita</p>	<p>Su médico primario coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará tener una remisión de su PCP primero. Copago por separado puede ser aplicable por cada servicio adicional que reciba en una visita al consultorio.</p>
<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>Usted paga \$0 copago</p>	<p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Servicios preventivos llevados a cabo en el hospital pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Usted paga \$75 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$75 de copago por visita</p>	<p>Usted paga \$75 de copago por visita</p>	<p>\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los EE.UU. Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles.</p>
<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los EE.UU. Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Póngase en contacto con el plan para más detalles.</p>

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
<p>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Radiología de Diagnóstico (por ejemplo, MRI) • Servicios de Laboratorio • Pruebas de Diagnóstico y Procedimientos • Radiografías Ambulatorias • Radiología Terapéutica 	<p>Usted paga \$25-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de Audición/ Evaluación de adaptación de audífonos • Audífono 	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$25-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$150 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Usted paga \$25-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$50 de copago dependiendo del lugar de servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago o 20% coaseguro dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga \$0-\$100 de copago dependiendo del servicio</p> <p>Usted paga 20% coaseguro por Radiología Terapéutica</p>	<p>Autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de red. Para más información contacte el plan.</p>
<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen audición rutinario y para una evaluación de adaptación de audífono cada año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año</p>	<p>Nuestro Plan paga un máximo de \$1,000 (\$500 por audífono) de beneficio de audífonos cada año.</p> <p>Usted es responsable por el pago de cualquier cantidad que exceda el máximo del beneficio de audífonos de \$1,000 (\$500 por audífono).</p> <p>Para todos los planes, usted paga un copago de \$0 por el examen de audición 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>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Oral y Limpieza • Tratamiento de fluoruro • Radiografías Dentales • Extracción/Extracción quirúrgica • Rellenos • Desbridamiento • Limpieza Profunda (Escalada/cepillado radicular) • Mantenimiento periodontal 	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Usted paga \$0 copago por examen bucal, 2 al año, y \$0 copago por limpieza, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por tratamiento de fluoruro, 2 al año</p> <p>Usted paga \$0 copago por radiografías dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por del diente, 1 procedimiento por año</p> <p>Usted paga \$0 copago para rellenos de resina o restauración, 1 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular/4 procedimientos totales por año, y limitado a 1 procedimiento por cuadrante por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos cada año</p>	<p>Los servicios dentales excluyen mantenimiento periodontal. Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante.</p> <p>Para obtener más información o para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Para todos los planes, usted paga un copago de \$0 por el beneficio dental 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>Servicios de Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de Visión rutinario • Gafas (Marcos y Lentes) 	<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>
<p>Servicios de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Hospitalización • Visita de Terapia de Grupo - Ambulatoria • Visita de Terapia Individual - Ambulatoria 	<p>Usted paga \$85 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$15 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$125 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$35 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para un examen de visión rutinario por año llevado a cabo por un optometrista</p> <p>Usted paga \$10 de copago por el límite de cobertura de plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto anuales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por gafas cubiertas por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lente de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas</p>	<p>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo realizados por un oftalmólogo están sujetos al copago del especialista.</p> <p>Póngase en contacto con el Plan para beneficios suplementarios adicionales. Usted no paga por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos por un optometrista.</p> <p>Para todos los planes, El límite en la cobertura del plan es \$125 (anteojos o lentes de contacto) cada año de beneficio. Usted será responsable por el copago de \$10 y cualquier cantidad sobre el costo minorista total—máximo de beneficio de plan de \$125 para beneficio de gafas.</p>
<p>Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 7 y \$0 copago por los días 8 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$75 de copago por los días 1 a 5 y \$0 copago por los días 6 a 90 por admisión</p> <p>Usted paga \$10 de copago por visita grupal ambulatoria/ visita individual ambulatoria</p>	<p>Puede requerirse autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.</p>

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
Centro de Enfermería Especializada	Usted paga \$0 de copago por los días 1- 20 Usted paga \$150 de copago por los días 21-100	Usted paga \$0 de copago por los días 1- 20 Usted paga \$150 de copago por los días 21-100	Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 20 Usted paga \$150 copago por cada día por los días 21 al 100
Terapia Física (Servicios de Rehabilitación) <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Terapia Ocupacional • Visita de Terapia Física • Visita de Terapia de Habla • Visita de Terapia del Lenguaje 	Usted paga \$25 de copago	Usted paga \$15 de copago	Usted paga \$35 de copago
Ambulancia	Usted paga \$175 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.	Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.	Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare. Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.
Transporte	Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año	Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año	Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 copago por cada día por los días 21 al 100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por los días 21-100</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 al 20</p> <p>Usted paga \$150 de copago por los días 21-100</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF (Centro de Enfermería Especializada). Usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en una institución o su estancia no puede ser cubierta.</p>
<p>Usted paga \$25 de copago</p>	<p>Usted paga \$20 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Para servicios de rehabilitación tendrá que tener una remisión o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio específico. Puede haber límites en terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan.</p>
<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por el servicio de ambulancia en tierra de una vía cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20% de coaseguro por un servicio de ambulancia aérea de una vía cubierto por Medicare.</p>	<p>La autorización previa puede ser requerida. Comuníquese con el Plan para detalles.</p>
<p>Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 8 viajes de ida cada año</p>	<p>Transporte está diseñado para viajes a/o desde ubicaciones aprobadas por el plan para citas médicas y las necesidades de salud dentro de su condado. Llame para programar un viaje por lo menos 72 horas antes de la hora prevista para la cita médica.</p>

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
Centro de Cirugía Ambulatoria	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>
Cuidado de los Pies (Servicios de Podología) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de los pies y tratamiento 	<p>Usted paga \$25 de copago</p>	<p>Usted paga \$15 de copago</p>	<p>Usted paga \$35 de copago</p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga \$15 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por cada visita de hospital ambulatorio cubierta por Medicare</p>	<p>La autorización previa puede ser obligatorio. Póngase en contacto con el Plan para obtener más información.</p> <p>Si usted está teniendo una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio.</p>
<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de drogas de la quimioterapia</p> <p>Usted paga 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>El Plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por la parte B de Medicare o Medicare parte D. Por favor refiérase a su <i>Evidencia de Cobertura</i> para más detalles.</p>
<p>Usted paga \$25 de copago</p>	<p>Usted paga \$20 de copago</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p>	<p>Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario. Primero necesitará una referencia o autorización de su PCP, dependiendo del servicio.</p>

Primas y Beneficios	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_091
Equipo Médico/ Suministro <ul style="list-style-type: none"> • Equipo Médico Duradero (Por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, Aparatos Ortopédicos, extremidades artificiales) • Suministros para la Diabetes 	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>
Bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Gimnasio • Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas 	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>
Suministros de Venta Libre (OTC)	<p>\$45 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$50 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$45 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>

Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)_094	Lo que debe saber
<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>	<p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 20% coaseguro</p> <p>Usted paga 0-20% coaseguro</p>	<p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Primero necesitará una referencia o autorización de su PCP, dependiendo del servicio. Usted paga \$0 por los Monitores Diabéticos, Lancetas y Tiras Reactivas ordenadas a través del programa de pedido por correo del Plan y el 20% en venta al por menor y otros suministros diabéticos.</p>
<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Membresías a Gimnasios se limitan a las instalaciones participantes.</p> <p>Consejo de la salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>
<p>\$45 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$45 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>\$50 Asignación mensual</p> <p><i>El Plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i></p>	<p>Por favor, póngase en contacto con el plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos cubiertos. Para Servicios a los Miembros llame al 1-800-401-2740, los usuarios de TTY llame al 711 o visite nuestro sitio web en www.freedomhealth.com.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_088

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i>			El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$35 copago	\$70 copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$85 copago	\$170 copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>			Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550 .
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_089

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i>			El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$30 copago	\$60 copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$70 copago	\$140 copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>			Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550 .
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_091

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i>			El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$30 copago	\$60 copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$70 copago	\$140 copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>			Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550 .
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_092

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i> Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Marca Preferida Nivel 3: Drogas No-Preferidas Nivel 4: Nivel de Especialidad	\$0 copago \$30 copago \$70 copago 33% del Costo	\$0 copago \$60 copago \$140 copago Suministro a largo plazo no disponible	El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.
<i>Etapa Sin Cobertura</i> Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550 .
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_093

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i>			<p>El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130. No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.</p>
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$30 copago	\$60 copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$70 copago	\$140 copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>			<p>Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550.</p>
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	<p>Usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.</p>

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Freedom Platinum Plan Rx (HMO) H5427_094

	Estándar al por Menos Suministro para 30 Días	Estándar por Correo Suministro para 90 Días	Lo que debe saber
<i>Etapa Deducible</i>	Esta etapa no aplica a usted		
<i>Etapa de Cobertura Inicial</i>			El Costo Compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia elegida y cuando entra en otra fase de beneficio de Parte D. Usted paga su Costo Compartido hasta que su total costos anuales de medicamentos llegue a \$4,130 . No todos los medicamentos son elegibles para un suministro de 90 días. Algunos medicamentos de nivel 1 permiten un suministro de hasta 100 días. Favor de llamar o acceder a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que un suministro estándar de un mes al por menor por un suministro de 34 días.
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 copago	\$0 copago	
Nivel 2: Marca Preferida	\$30 copago	\$60 copago	
Nivel 3: Drogas No-Preferidas	\$70 copago	\$140 copago	
Nivel 4: Nivel de Especialidad	33% del Costo	Suministro a largo plazo no disponible	
<i>Etapa Sin Cobertura</i>			Para todos los demás medicamentos usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca y 25% el precio (más una porción de la tarifa de dosificación) para todos los medicamentos genéricos. Usted se queda en esta etapa hasta sus gastos de bolsillo lleguen a un total de \$6,550 .
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0 Copago	\$0 Copago	
<i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>	Usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, • \$3.70 de copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos y \$9.20 de copago por cualquier otro medicamento. • Nuestro Plan paga el resto del costo. 		Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año.

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

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

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

Favor llamar a Servicio del Miembro al 1-800-401-2740 para información adicional. Usuarios TTY deben llamar al 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm EST. Del 1 de abril al 30 de septiembre nos puede llamar de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm EST.

Para adaptaciones de personas con necesidades especiales en reuniones, llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

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

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

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

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

Freedom Health, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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.

La discriminación es contra la ley.

Aviso Informándoles a las Personas sobre la no Discriminación y Requisitos de Accesibilidad

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

Freedom Health, Inc.:

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

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health.

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

Freedom Health
P.O. Box 152727
Tampa, FL 33684
Teléfono: 1-800-401-2740, TTY / TDD: 711
Fax: 813-506-6235

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20211
1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

Multi-language Interpreter Services / Servicios de interpretación en varios idiomas

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-401-2740 (TTY: 711).

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).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-401-2740 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-401-2740 (TTY: 711)。

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-401-2740 (ATS: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-401-2740 (телетайп: 711).

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 18004012740 برقم هاتف الصم والبكم: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-401-2740 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-401-2740 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-401-2740 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-401-2740 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-401-2740 (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ (Greek): Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-401-2740 (TTY: 711).

2021 Resumen de Beneficios



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

www.freedomhealth.com

Focused on **You**

Combinación de Planes

088-089-091-092-093-094

088 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condados: Indian River, Martin, St. Lucie

089 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condados: Orange, Osceola, Seminole

091 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condados: Manatee y Sarasota

092 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condado: Polk

093 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condado: Citrus

094 - Freedom Platinum Plan Rx (HMO)

Condados: Lake, Marion, Sumter