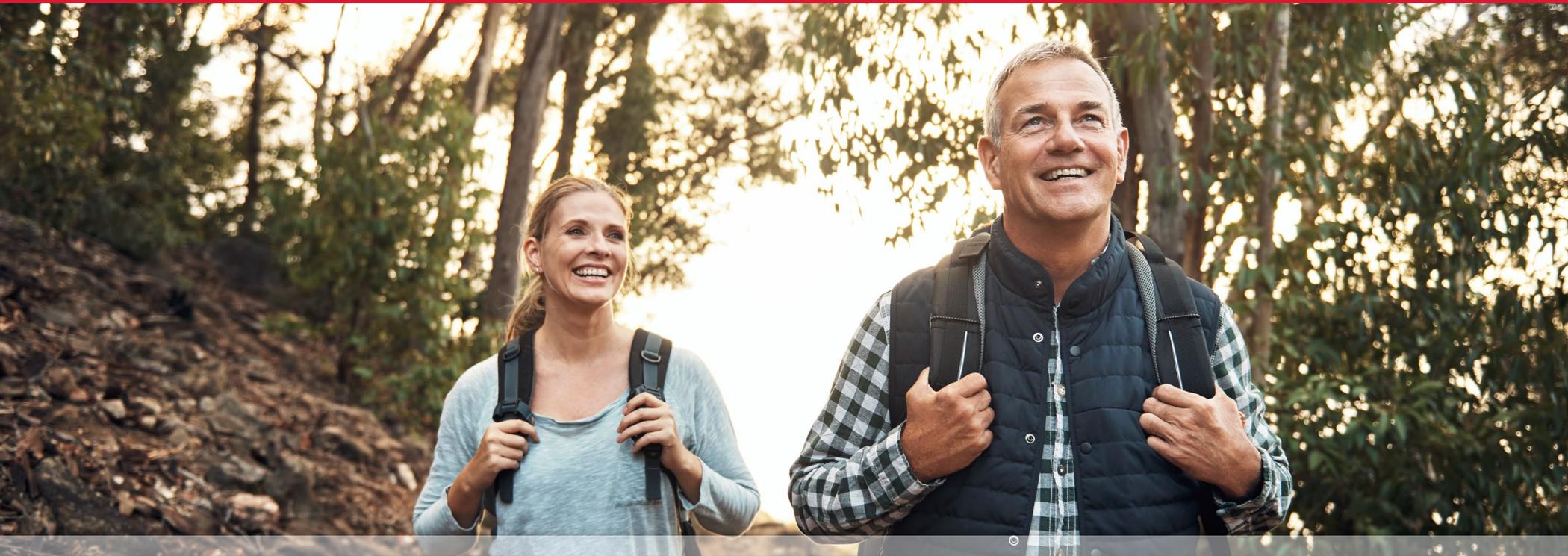




QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage

Quartz Medicare Advantage (HMO), en colaboración con Aurora Health Care



Resumen de Beneficios

Value · Elite · Core D · Value D · Elite D

Vigente desde el 1 de enero de 2021



Aurora Health Care®

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Este Resumen de beneficios le da una lista de los beneficios que cubre **Quartz Medicare Advantage (HMO)**, en colaboración con **Aurora Health Care**, y lo que usted pagaría por estos servicios. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para recibir una lista completa de los servicios que cubrimos, llame a la línea de Atención al Cliente y solicite una copia de la “Evidencia de cobertura”. Los números telefónicos figuran en la página siguiente.

Quartz Medicare Advantage es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de una renovación del contrato. Los beneficios, las primas, los copagos y el coaseguro **pueden cambiar el 1 de enero de cada año**. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Hay otras farmacias, médicos y proveedores disponibles en nuestra red. Puede haber otros planes disponibles en el área de servicio. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre este cambio cuando sea necesario.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Quartz Medicare Advantage, usted debe tener derecho **a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio**. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Wisconsin: **Brown, Kenosha, Ozaukee, Manitowoc, Milwaukee, Racine, Sheboygan, Walworth, Washington, Waukesha y Winnebago**.

¿Qué médicos me pueden atender y qué hospitales y farmacias puedo usar?

Quartz Medicare Advantage tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Por lo general, debe usar farmacias dentro de la red para surtir los medicamentos bajo prescripción cubiertos por la Parte D. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios. Para algunos servicios, puede acudir a proveedores que no están en nuestra red. Puede ver el directorio de proveedores/farmacias de nuestro plan en nuestra página web, en **QuartzBenefits.com/MAfindadoctor**, o llámenos para que le enviemos una copia.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **(800) 394-5566 o 711 (TTY)** para obtener más información.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todos los beneficios que cubre Medicare Original para los miembros de nuestro plan y *más*. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, es posible que pague menos. Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original. Algunos de los beneficios adicionales están descritos en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. También cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos cubiertos) y las restricciones en nuestra página web, en [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage), o llámenos para que le enviemos una copia del formulario.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan asigna cada medicamento a uno de cinco “niveles”. Usted deberá usar su formulario para encontrar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. **La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado.** Más adelante en este documento, explicamos las etapas de beneficios que existen: Etapa de cobertura inicial, Etapa sin cobertura y Etapa de cobertura catastrófica.

¿Necesita más información?

Llámenos o visite nuestra página web en [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage).

- Si es miembro de este plan, llámenos a la línea gratuita (800) 394-5566, 711 o (800) 877-8973 (TTY).
- Si no es miembro de este plan, llámenos a la línea gratuita (800) 394-5566, 711 o (800) 877-8973 (TTY).

Horario de Atención al Cliente: del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora central estándar. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora central estándar.

Más información sobre Medicare Original

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual “Medicare y Usted”. Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite 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**.

LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo sus beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al **(800) 394-5566, 711** o **(800) 877-8973 (TTY)** y hablar con un representante del Departamento de Atención al Cliente.

Cómo entender los beneficios

- Evidencia de cobertura (también denominada “EOC”):** Revise toda la lista de beneficios en la EOC, especialmente para los servicios para los que habitualmente se atiende con un médico. Para ver una copia de la EOC, visite [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage) o llame al **(800) 394-5566, 711** o **(800) 877-8973 (TTY)**.

- Directorio de proveedores/farmacias de Quartz Medicare Advantage:** Consulte nuestro directorio (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende actualmente estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deberá buscar un nuevo médico.

Cómo comprender las reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, usted deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social todos los meses.

- Los beneficios, las primas y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2022**.

- Salvo en una emergencia o en situaciones de urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en nuestro directorio de proveedores/farmacias).

Resumen de beneficios para 2021 — Quartz Medicare Advantage (HMO), en colaboración con Aurora Health Care

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Quartz para obtener más información.

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LA CANTIDAD QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS.					
PRIMA MENSUAL DEL PLAN	\$0 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$40 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$31 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$70.90 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
DEDUCIBLE	Ninguno.	Ninguno.	Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 1 y 2: \$0 Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 3 a 5: \$150/año.	Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 1 y 2: \$0 Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 3 a 5: \$150/año.	Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 1 y 2: \$0 Medicamentos de la Parte D incluidos en los Niveles 3 a 5: \$150/año.
RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE GASTOS DE BOLSILLO <i>(No incluye lo que usted paga por los medicamentos bajo prescripción).</i>	Sus límites anuales en este plan: \$4,900 para los servicios que reciba de proveedores dentro de la red.	Sus límites anuales en este plan: \$3,900 para los servicios que reciba de proveedores dentro de la red.	Sus límites anuales en este plan: \$5,900 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. (No incluye lo que usted paga por los medicamentos bajo prescripción).	Sus límites anuales en este plan: \$4,900 para los servicios que reciba de proveedores dentro de la red. (No incluye lo que usted paga por los medicamentos bajo prescripción).	Sus límites anuales en este plan: \$3,900 para los servicios que reciba de proveedores dentro de la red. (No incluye lo que usted paga por los medicamentos bajo prescripción).

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
------------------	--	--	---	--	--

Si usted alcanza el límite en los costos de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios cubiertos hospitalarios o médicos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.

Tenga en cuenta que de todos modos usted deberá pagar su prima mensual.

COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$265 de copago por día, de 1 a 7 días.</p> <p>Usted no paga nada por día a partir del octavo día.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$325 por estancia.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$295 de copago por día, de 1 a 7 días.</p> <p>Usted no paga nada por día a partir del octavo día.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$265 de copago por día, de 1 a 7 días.</p> <p>Usted no paga nada por día a partir del octavo día.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$325 por estancia.</p>
COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Centro de cirugía ambulatoria): \$250 de copago por cirugía.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos menores.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Centro de cirugía ambulatoria): \$200 de copago por cirugía.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos menores.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Centro de cirugía ambulatoria): \$275 de copago por cirugía.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos menores.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Centro de cirugía ambulatoria): \$250 de copago por cirugía.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos menores.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Centro de cirugía ambulatoria): \$200 de copago por cirugía.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos menores.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios: \$0 de copago.</p>

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
VISITAS EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO	Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago por visita. Consulta con un especialista: \$35 de copago por visita.	Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago por visita. Consulta con un especialista: \$25 de copago por visita.	Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago por visita. Consulta con un especialista: \$50 de copago por visita.	Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago por visita. Consulta con un especialista: \$35 de copago por visita.	Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago por visita. Consulta con un especialista: \$25 de copago por visita.
ATENCIÓN PREVENTIVA	<p>Usted no paga nada. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen para detectar el aneurisma aórtico abdominal ▪ Asesoría para el consumo excesivo de bebidas alcohólicas ▪ Medición de la masa ósea ▪ Examen para detectar el cáncer de mama (mamografía) ▪ Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) ▪ Examen para detectar enfermedades cardiovasculares ▪ Examen para detectar el cáncer de cuello uterino y de vagina ▪ Exámenes para detectar el cáncer colorrectal (colonoscopia, sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) ▪ Evaluación para diagnosticar la depresión ▪ Examen para detectar la diabetes ▪ Examen para detectar el VIH ▪ Examen para detectar el cáncer de pulmón ▪ Servicios médicos terapéuticos para la nutrición ▪ Evaluación y asesoría para la obesidad ▪ Exámenes para detectar el cáncer de próstata (PSA) ▪ Examen para detectar infecciones de transmisión sexual y asesoría ▪ Asesoría para dejar de fumar (para personas que no presenten señales de enfermedades relacionadas con el tabaco) ▪ Vacunas. Incluyendo vacunas contra la gripe, la hepatitis B y antineumocócicas ▪ Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (sólo una vez) ▪ Visita anual de “bienestar” ▪ Examen físico anual de rutina <p>Cualquier otro servicio preventivo aprobado por el contrato anual de Medicare, estará cubierto.</p>				

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
<p>CUIDADOS DE EMERGENCIA (EN TODO EL MUNDO)</p> <p>SERVICIOS DE URGENCIA (EN TODO EL MUNDO)</p>	<p>\$90 de copago por visita. Si lo admiten en un hospital en un plazo de tres días, no tendrá que pagar su parte del costo de los cuidados de emergencia.</p>				
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	<p>Usted paga: \$50 de copago.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): Usted paga \$125 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$15 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como</p>	<p>Usted paga: \$40 de copago.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): Usted paga \$100 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como</p>	<p>Usted paga: \$60 de copago.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): Usted paga \$200 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted paga \$15 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$15 de copago.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$25 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como</p>	<p>Usted paga: \$50 de copago.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): Usted paga \$125 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$15 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como</p>	<p>Usted paga: \$40 de copago.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): Usted paga \$100 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$5 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como</p>

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
	tratamiento de radiación para el cáncer): Usted paga \$60 de copago.	tratamiento de radiación para el cáncer): Usted paga \$60 de copago.	tratamiento de radiación para el cáncer): Usted paga \$60 de copago.	tratamiento de radiación para el cáncer): Usted paga \$60 de copago.	tratamiento de radiación para el cáncer): Usted paga \$60 de copago.
SERVICIOS AUDITIVOS	Examen anual rutinario para la audición: \$0 de copago. Audífonos: \$700 a \$1,200 de copago por audífono. Límite: 1 audífono por oído al año.				
SERVICIOS DENTALES (Este servicio no está dentro de la red. Puede elegir el odontólogo que prefiera).	Examen dental cubierto por Medicare: \$35 de copago. Reembolso por servicios dentales combinados de prevención e integrales: Límite de \$500. OPCIONAL: Compre \$1,000 más de cobertura dental: \$48.10/mes.	Examen dental cubierto por Medicare: \$25 de copago. Reembolso por servicios dentales combinados de prevención e integrales: Límite de \$700. OPCIONAL: Compre \$1,000 más de cobertura dental: \$48.10/mes.	Examen dental cubierto por Medicare: \$50 de copago. Reembolso por servicios dentales combinados de prevención e integrales: Límite de \$300. OPCIONAL: Compre \$1,000 más de cobertura dental: \$48.10/mes.	Examen dental cubierto por Medicare: \$35 de copago. Reembolso por servicios dentales combinados de prevención e integrales: Límite de \$500. OPCIONAL: Compre \$1,000 más de cobertura dental: \$48.10/mes.	Examen dental cubierto por Medicare: \$25 de copago. Reembolso por servicios dentales combinados de prevención e integrales: Límite de \$700. OPCIONAL: Compre \$1,000 más de cobertura dental: \$48.10/mes.

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
SERVICIOS PARA LA VISIÓN	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista: \$35 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina, todos los años: \$0 de copago.</p> <p>Examen anual de detección de glaucoma: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada año por anteojos (monturas, lentes y actualizaciones) o lentes de contacto.</p> <p><i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</i></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista: \$25 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina, todos los años: \$0 de copago.</p> <p>Examen anual de detección de glaucoma: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por anteojos (monturas, lentes y actualizaciones) o lentes de contacto.</p> <p><i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</i></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista: \$50 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina, todos los años: \$0 de copago.</p> <p>Examen anual de detección de glaucoma: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 cada año por anteojos (monturas, lentes y actualizaciones) o lentes de contacto.</p> <p><i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</i></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista: \$35 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina, todos los años: \$0 de copago.</p> <p>Examen anual de detección de glaucoma: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada año por anteojos (monturas, lentes y actualizaciones) o lentes de contacto.</p> <p><i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</i></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista: \$25 de copago.</p> <p>Examen ocular de rutina, todos los años: \$0 de copago.</p> <p>Examen anual de detección de glaucoma: \$0 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por anteojos (monturas, lentes y actualizaciones) o lentes de contacto.</p> <p><i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: \$0 de copago.</i></p>

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	<p>Hospitalización: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga por día: De 1 a 6 días: \$265 de copago. A partir del día 7: \$0.</p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Visita de terapia individual ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Hospitalización parcial: \$35 de copago.</p>	<p>Hospitalización: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$325 por estancia.</p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Visita de terapia individual ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Hospitalización parcial: \$0 de copago.</p>	<p>Hospitalización: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga por día: De 1 a 6 días: \$295 de copago. A partir del día 7: \$0.</p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Visita de terapia individual ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Hospitalización parcial: \$55 de copago.</p>	<p>Hospitalización: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga por día: De 1 a 6 días: \$265 de copago. A partir del día 7: \$0.</p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Visita de terapia individual ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Hospitalización parcial: \$35 de copago.</p>	<p>Hospitalización: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización.</p> <p>Usted paga: \$325 por estancia.</p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Visita de terapia individual ambulatoria: \$25 de copago por visita.</p> <p>Hospitalización parcial: \$0 de copago.</p>

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA <i>(No se requiere hospitalización).</i>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. De 1 a 20 días: \$0 Desde el día 21 al día 100: \$184 de copago por día.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. De 1 a 20 días: \$0 Desde el día 21 al día 100: \$150 de copago por día.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. De 1 a 20 días: \$0 Desde el día 21 al día 100: \$184 de copago por día.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. De 1 a 20 días: \$0 Desde el día 21 al día 100: \$184 de copago por día.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. De 1 a 20 días: \$0 Desde el día 21 al día 100: \$150 de copago por día.
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (Por visita) <i>(Es posible que se requiera autorización previa).</i>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): \$15 de copago. Servicios de rehabilitación pulmonar: \$15 de copago. Terapia ocupacional y fisioterapia: \$35 de copago.	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): \$10 de copago. Servicios de rehabilitación pulmonar: \$10 de copago. Terapia ocupacional y fisioterapia: \$25 de copago.	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): \$20 de copago. Servicios de rehabilitación pulmonar: \$20 de copago. Terapia ocupacional y fisioterapia: \$40 de copago.	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): \$15 de copago. Servicios de rehabilitación pulmonar: \$15 de copago. Terapia ocupacional y fisioterapia: \$35 de copago.	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): \$10 de copago. Servicios de rehabilitación pulmonar: \$10 de copago. Terapia ocupacional y fisioterapia: \$25 de copago.
AMBULANCIA (Por viaje)	\$275 de copago.	\$250 de copago.	\$295 de copago.	\$275 de copago.	\$250 de copago.
TRANSPORTE	Sin cobertura.				

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
<p>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE</p> <p><i>(Es posible que se requiera autorización previa).</i></p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20% del costo. Este plan no cubre los medicamentos bajo prescripción de la Parte D.</p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20% del costo. Este plan no cubre los medicamentos bajo prescripción de la Parte D.</p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20% del costo.</p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20% del costo.</p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20% del costo.</p>
QUIROPRÁCTICA	\$20 de copago por visita.	\$20 de copago por visita.	\$20 de copago por visita.	\$20 de copago por visita.	\$20 de copago por visita.
<p>EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</p> <p><i>(Es posible que se requiera autorización previa).</i></p>	<p>Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Suministros para diabéticos (p. ej., cintas reactivas, lancetas): Usted no paga nada.</p> <p>Capacitación para el automanejo de la diabetes: Usted no paga nada.</p>				
<p>BENEFICIO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO</p> <p>(Este servicio no está dentro de la red. Usted</p>	Reembolso de \$25 por mes para la membresía en un gimnasio autorizado de su elección.				

BENEFICIO	Value (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite (SIN cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Core D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Value D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)	Elite D (Con cobertura para medicamentos bajo prescripción) (HMO)
puede elegir el gimnasio que prefiera)					
PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE	Use la tarjeta de beneficios en farmacias participantes para comprar medicamentos de venta libre elegibles, artículos para la salud y el bienestar, suministros de primeros auxilios y otros artículos que califiquen. Compre en la tienda o en línea. Cada tres meses, se recargan automáticamente \$50 en la tarjeta para alcanzar un total de \$200 por año.				
MASOTERAPIA PARA CONDICIONES CRÓNICAS	12 visitas (de 60 minutos) por año: \$20 de copago.	12 visitas (de 60 minutos) por año: \$0 de copago.	6 visitas (de 60 minutos) por año: \$20 de copago.	12 visitas (de 60 minutos) por año: \$20 de copago.	12 visitas (de 60 minutos) por año: \$0 de copago.
ENTREGA DE COMIDAS DESPUÉS DE SALIR DEL HOSPITAL	Se entregarán 20 comidas en su casa después de salir de un hospital o de un centro de enfermería especializada sin cargo adicional. Se limita a cuatro veces por año de calendario.	Se entregarán 20 comidas en su casa después de salir de un hospital o de un centro de enfermería especializada sin cargo adicional. Se limita a cuatro veces por año de calendario.	Sin cobertura.	Se entregarán 20 comidas en su casa después de salir de un hospital o de un centro de enfermería especializada sin cargo adicional. Se limita a cuatro veces por año de calendario.	Se entregarán 20 comidas en su casa después de salir de un hospital o de un centro de enfermería especializada sin cargo adicional. Se limita a cuatro veces por año de calendario.
BENEFICIOS PARA VIAJES	Cuando viaja dentro del país, fuera de Wisconsin, Illinois, Minnesota o Iowa, usted puede recibir durante un máximo de seis meses todos los servicios cubiertos por el plan al costo que tienen dentro de la red.				
BENEFICIO DE ACUPUNTURA	Reciba hasta 20 tratamientos por año con un proveedor de asistencia médica autorizado. \$20 de copago por tratamiento.				

Cobertura de medicamentos bajo prescripción disponible con los planes Core D, Value D y Elite D

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia. Usted puede recibir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Los planes pueden dar beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Etapa 1: Deducible anual por medicamentos bajo prescripción	Farmacias: \$0 por año para el Nivel 1 y el Nivel 2; \$150 para los medicamentos bajo prescripción de la Parte D en los Niveles 3, 4 y 5. Farmacias con servicio de envíos por correo: \$0 por año para el Nivel 1 y el Nivel 2; \$150 para los medicamentos bajo prescripción de la Parte D en los Niveles 3, 4 y 5.			
Etapa 2: Cobertura inicial (Después de pagar su deducible)	Después de que usted paga su deducible anual de \$150 , usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$4,130 . El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagan usted y su plan de la Parte D. Puede recibir sus medicamentos de farmacias o de farmacias con servicio de envíos por correo de la red. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para farmacias: Su parte del costo al por menor que se muestra está basada en un medicamento bajo prescripción cubierto de la Parte D para 30, 60 o 90 días. ▪ Para farmacias con servicio de envíos por correo: Su parte del costo que se muestra está basada en el suministro para 90 días de un medicamento bajo prescripción cubierto de la Parte D. 			
	Farmacia			Envíos por correo 90 días
	30 días	60 días	90 días	
Nivel 1 (genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (genérico)	\$8	\$16	\$24	\$20
Nivel 3 (de marca preferido)	\$47	\$94	\$141	\$118
Nivel 4 (medicamento no preferido)	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo
Nivel 5 (nivel de especialidades)	30% del costo	N/C	N/C	N/C
Etapa 3: Sin cobertura	Después de que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$4,130 , usted no pagará más que un coaseguro del 25% por los medicamentos genéricos o un coaseguro del 25 % por los medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamentos en la Etapa sin cobertura.			
Etapa 4: Cobertura catastrófica	Después de que el costo de los gastos de bolsillo anual de sus medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados en su farmacia y en su farmacia con servicio de envíos por correo) alcance los \$6,550 , usted paga lo que sea más alto de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ el 5% del costo; o ▪ \$3.70 de copago para los medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos de marca considerados genéricos); y 			

Proteger su privacidad

Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation tienen el compromiso de proteger la privacidad y la confidencialidad de su información médica y personal. Cumplimos con las leyes estatales y federales de privacidad, incluyendo la Ley Gramm-Leach-Bliley (GLBA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información para la Salud Económica y Clínica (HITECH). Estas leyes exigen que les demos a nuestros miembros un Aviso de Privacidad en el que se expliquen nuestras prácticas de privacidad. También debemos darle a usted acceso a sus registros, permitirle que pida que se corrija su información y que solicite que el acceso a su información sea limitado. Para proporcionarle productos y servicios en seguros de salud, debemos recopilar información de atención médica y personal sobre usted. El acceso a su información está restringido a aquellas personas que deben conocerla para darle servicios o administrar los productos y servicios de seguro de Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Mantenemos garantías físicas, electrónicas y de procedimiento que cumplen con las leyes estatales y federales para proteger su información. Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation no usan, revelan, venden ni ponen a disposición ninguna información médica ni personal protegida sobre usted a las filiales ni a terceros no afiliados, a menos que lo exija o lo permita la ley. Además, si cualquier parte de esta información se revela sin su autorización, se lo informaremos según lo exige la ley.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está disponible en línea en [QuartzBenefits.com/privacy-practices](https://www.QuartzBenefits.com/privacy-practices), o puede llamar a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566 o 711 (TTY) para solicitar una copia.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) es el nombre comercial bajo el que operan las entidades Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales individuales. En este aviso, “nosotros” hace referencia a estas compañías. Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- Nosotros damos ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Nosotros prestamos servicios de idioma gratis a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al **(800) 362-3310**.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Kristie Meier, Compliance Officer; 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583
Teléfono: (800) 362-3310; TTY: 711 o llame gratis al (800) 877-8973; fax: (608) 644-3500
Correo electrónico: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar la queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono, en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede acceder a los formularios de quejas en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-394-5566 (TTY: 711).

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 1-800-394-5566 (TTY: 711)。

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Arabic: ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة من أجلك، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-394-5566 (телетайп: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-394-5566 (711)번으로 전화해 주십시오.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch: Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-394-5566 (TTY: 711).

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-394-5566 (ATS : 711).

Amharic: ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክሶሎ ቁጥር ይደውሉ 1-800-394-5566 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-394-5566 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-394-5566 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-394-5566 (TTY: 711).



Aurora Health Care®



Para estar al tanto de todas las novedades en atención médica, síguenos en Facebook.

Atención al Cliente

(800) 394-5566 o TTY 711

[QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage)