



# Resumen de beneficios

DEL 1 DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DE 2023

**INDIANA  
(HMO-POS DSNP)**

H4624-016 Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)  
Área de servicio: Condados de Allen, Lake y Marion

Y0149\_2023-SB-016-HMO-POS-DSNP-IN\_M

## Información importante sobre el plan

Zing Health es un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (DSNP) de una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Zing Health depende de la renovación del contrato.

Esta guía fácil de usar le permite entender qué beneficios están cubiertos por Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP). La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que debería esperar pagar. No enumera cada servicio cubierto ni todas las limitaciones o exclusiones. Para acceder a una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos o solicite el folleto “Evidencia de cobertura”, o bien puede acceder al folleto y descargarlo de nuestro sitio web [www.myzinghealth.com](http://www.myzinghealth.com).

Para obtener más información, llámenos al **1-866-946-4458 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre), o los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), o bien puede **visitarnos en [www.myzinghealth.com](http://www.myzinghealth.com)**.

## ¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a **Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**, debe hacer lo siguiente:

- tener derecho a la Parte A de Medicare;
- estar afiliado en la Parte B de Medicare;
- ser elegible para la inscripción en el programa de Medicaid del estado; y
- vivir en nuestra área de servicio.

El área del servicio incluye los siguientes condados: Allen, Lake y Marion.

## Definiciones

Las **Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)** son planes brindados por un proveedor de seguros con una red contratada de proveedores e instituciones de atención médica. Las HMO suelen requerir que los miembros seleccionen un médico de atención primaria para la coordinación de la atención. Algunos planes también incluyen un reembolso de parte o la totalidad de la prima de la Parte B de Medicare.

Los **Planes de necesidades especiales con elegibilidad doble (DSNP)** son planes de Medicare Advantage especializados que brindan beneficios de atención médica para beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con determinados requisitos de ingresos y recursos con elegibilidad y alcance de beneficios ofrecidos, determinados por el estado en el que se brinda el plan.

Los **Planes de necesidades especiales con elegibilidad doble y Punto de servicio (DSNP-POS)** son DSNP que, en determinadas circunstancias, permiten a los miembros recibir atención fuera de la red, habitualmente a un costo compartido mayor que el brindado a través de proveedores de la red.

## Este es un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP)

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y del tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Lo que paga por los servicios cubiertos depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Algunas personas que tienen Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también podrían obtener cobertura por medicamentos y servicios adicionales que están cubiertos por Medicaid, pero no por Medicare.

## Requisitos de elegibilidad para Medicaid

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)** está disponible para cualquier persona que tenga La Parte A y la Parte B de Medicare y que reciba cierto nivel de asistencia médica de la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA) (el programa estatal de Medicaid), según se describe a continuación:

- Los miembros del plan con estado de cobertura completa de Medicaid (**Beneficio completo con elegibilidad doble [FBDE]**) son elegibles para el programa de Medicaid de Indiana, que podrá ser responsable del pago de sus costos compartidos de Medicare. Los miembros también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid.
- Los miembros del plan con estado de beneficiarios de Medicare calificados (**QMB**) son elegibles para el programa de Medicaid de Indiana, que podrá ser responsable del pago de sus primas, deducibles y costos compartidos de la Parte B de Medicare.
- Los miembros del plan con estado de beneficiarios de Medicare calificados Plus (**QMB+**) son elegibles para los beneficios completos del programa de Medicaid de Indiana, que podrá ser responsable del pago de sus primas, deducibles y costos compartidos de la Parte A de Medicare (si la hubiera) y la Parte B de Medicare.
- Los miembros del plan con estado de beneficiarios de bajos ingresos especificados de Medicare Plus (**SLMB+**) son elegibles para el programa de Medicaid de Indiana, que podrá ser responsable del pago de sus primas de la Parte B de Medicare. Los miembros también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid.

## Costos compartidos y protecciones de los costos compartidos

Usted no paga ningún costo compartido para los beneficios cubiertos por Medicare descritos más adelante en este resumen de beneficios. Pagará copagos mínimos o ningún copago para medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Cuando reciba servicios de salud, el proveedor deberá facturarle al plan el costo de los servicios de Medicare y facturarle al programa de Medicaid de Indiana los importes de costos compartidos de Medicare. **El proveedor no debe facturarle a usted los servicios o costos compartidos. Asegúrese de presentar tanto su tarjeta de identificación de miembro de Zing Health y su tarjeta de identificación de miembro de FSSA de Indiana cuando se le brinden servicios.**

## ¿Qué es la Ayuda adicional?

Un Subsidio por bajos ingresos (LIS), también llamado “Ayuda adicional”, puede estar disponible para ayudarle con los gastos directos de su bolsillo de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos. Muchas personas califican para el programa de Ayuda adicional y no lo saben. Tenga en mente que la asistencia también puede depender de su estado de elegibilidad doble.

Por cada beneficio indicado, puede ver qué cubre nuestro plan, además de lo cubierto por su estado. Sin importar su nivel de elegibilidad para Medicaid, nuestro plan cubrirá los beneficios descritos en la columna del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que puede acceder, llame al: **1-866-946-4458** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## ¿Cómo puedo determinar mis costos en medicamentos recetados?

Por lo general, deberá utilizar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare. Deberá utilizar nuestro formulario del plan (la lista de medicamentos cubiertos) para identificar en qué nivel se encuentran sus medicamentos para poder determinar cuánto le costarán. Cada medicamento está agrupado en uno de cinco niveles. El importe que paga depende del nivel del medicamento, en qué etapa de beneficios se encuentra y su nivel de “Ayuda adicional”.

## ¿Qué proveedores puedo usar?

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**, tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan no requiere una derivación para consultar a un especialista. En algunos casos, podría ser necesaria una autorización previa para algunos de los servicios que reciba. Excepto en situaciones de emergencia si utiliza proveedores que no forman parte de nuestra red, podríamos no pagar estos servicios.

Los miembros de este plan tendrán acceso a enfermeros denominados administradores de atención médica. Los administradores de atención médica trabajan con los miembros y sus proveedores de atención médica para resolver cualquier falencia en la atención y apoyar los planes de atención personalizada elaborados para dar respuesta a las necesidades específicas de cada miembro, con el propósito de mejorar los resultados relacionados con la salud.

## ¿Cuál es nuestro horario de atención?

Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre), o los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo).

- Si es miembro de este plan, llame al número gratuito **1-866-946-4458 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web en [www.myzinghealth.com](http://www.myzinghealth.com).**
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito **1-866-946-4458**.

### **Cobertura de Medicare que va más allá del Plan Original de Medicare**

- Al igual que todos los planes de salud Medicare Advantage, nuestros planes cubren todo lo que cubre el Plan Original de Medicare: la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos). Los miembros de nuestro plan también reciben más que lo que cubre el Plan Original de Medicare. Algunos de los beneficios adicionales están indicados en este Resumen de beneficios.
- Nuestros planes cubren los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y los medicamentos de la Parte B (como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor).

## ¿Qué cubre el Plan Original de Medicare?

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted* actual. Puede verlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, impresión en letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al **1-866-946-4458** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

# Prima mensual, deducible y límites en lo que paga por los servicios cubiertos

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES

### Prima mensual de la Parte C

**\$0** de prima mensual del plan

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si cumple con determinados requisitos de elegibilidad tanto para Medicare como para Medicaid, sus primas de la Parte B podrían estar totalmente cubiertas. **Consulte la sección de beneficios de medicamentos recetados de este documento para obtener información sobre la prima de la Parte D de Medicare.**

### Deducible del plan

**\$0** de deducible

Consulte la sección de beneficios de medicamentos recetados de este documento para obtener información sobre el deducible de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.


### ¿Cuál es la responsabilidad máxima anual de gastos directos de su bolsillo? (No incluye los medicamentos recetados).

**\$8,300** es el máximo que pagara por los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red.

Nuestro plan le brinda protección al tener límites anuales en los gastos directos de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Estos límites son el máximo que pagará por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos y hospitalarios. Dependiendo de su nivel de elegibilidad para la Administración de servicios sociales y familiares de Indiana (FSSA), usted podría no pagar nada por los servicios cubiertos por Medicare.

Consulte el manual "Medicare y usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por la Administración de servicios sociales y familiares de Indiana (FSSA), consulte la sección de Cobertura de Medicaid de este documento. Tenga en cuenta que es posible que deba seguir pagando sus primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, dependiendo de su nivel de Ayuda adicional.

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Verá el siguiente ícono  debajo de la columna que describe la cobertura de nuestro plan para determinados seleccionados. Este ícono significa que el servicio es parte del programa de Punto de servicio (POS) del plan. POS significa que puede recibir servicios fuera de nuestra red de proveedores al mismo costo que dentro de la red. Para obtener más información sobre el programa POS, consulte su folleto “Evidencia de cobertura” llame al Servicio de atención al cliente.

### Beneficio cubierto





Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

Condados de Allen, Lake y Marion

## COBERTURA HOSPITALARIA

<b>Cobertura de hospitalización<sup>1</sup></b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización. Una vez que reciba el alta hospitalaria, hable con uno de nuestros administradores de atención médica. Nuestros administradores de atención médica pueden ayudar a garantizar que se mantenga saludable y fuera del hospital. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información más específica.</p>	
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria<sup>1</sup></b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago</p> <p>Los servicios hospitalarios ambulatorios pueden incluir procedimientos aprobados, como servicios de observación, técnicas de diagnóstico, yesos, suturas o intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Para acceder a una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos o solicite el folleto <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	
<b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1</sup></b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 por intervención quirúrgica en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago</p>	
<b>Médico de atención primaria (PCP)</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago</p> <p>No cubierto fuera de la red.</p>	
<b>Especialistas</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago</p>	

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## ATENCIÓN PREVENTIVA

### Servicios preventivos

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento por consumo indebido de alcohol
- Densitometría ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Pruebas cardiovasculares
- Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, determinación de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible)
- Evaluación para detectar la depresión
- Prueba de detección de la diabetes
- Pruebas de glaucoma
- Vacunas y prueba de detección de hepatitis B
- Prueba de detección de hepatitis C
- Prueba de detección de infección por VIH
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Servicios de terapia médica de nutrición
- Evaluación y asesoramiento por obesidad
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Asesoramiento y prueba de detección de infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento por tabaquismo y para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relativas al tabaquismo)
- Vacunas, incluso vacunación antigripal
- Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” (por única vez)
- Consulta anual de bienestar

### Dentro de la red:



\$0 por servicios preventivos del Plan Original de Medicare.

\$0 por pruebas o estudios de diagnóstico recibidos en preparación de su examen físico anual o indicados como resultado de dicha consulta.

### Fuera de la red:

\$0 por servicios preventivos del Plan Original de Medicare.

\$0 por pruebas o estudios de diagnóstico recibidos en preparación de su examen físico anual o indicados como resultado de dicha consulta.

Cualquier servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## ATENCIÓN DE EMERGENCIA

**Servicios de atención de emergencia**

\$0 de copago

**Atención de emergencia internacional**

\$0 de copago

## SERVICIOS DE URGENCIA

**Servicios de atención de urgencia**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

## PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS Y SERVICIOS DE LABORATORIO

**Pruebas y técnicas de diagnóstico<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS

**Servicios de laboratorio<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS

**Servicios de diagnóstico radiológico<sup>1</sup> (como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas)**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS

**Servicios radiológicos terapéuticos<sup>1</sup> (como tratamientos de irradiación para el cáncer)**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS



## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## SERVICIOS AUDITIVOS

### Examen de audición (cubiertos por Medicare)

#### Dentro de la red:

\$0 por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.

#### Fuera de la red:

\$0 de copago

**POS**

### Exámenes de audición de rutina

#### Dentro de la red:

\$0 de copago por un (1) examen de audición de rutina por año.

No cubierto fuera de la red.

### Evaluación y ajuste de audífonos

#### Dentro de la red:

\$0 por una (1) evaluación y ajuste de audífonos cada tres (3) años.

No cubierto fuera de la red.

### Audífonos

#### Dentro de la red

**\$750** de asignación de beneficios para audífonos por oído cada tres (3) años.

Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta. Tres visitas de seguimiento, garantía de reparación de 3 años y 3 años de baterías incluidas. Cobertura para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados. Para obtener más información, llame al Nations Hearing o al Servicio de atención al cliente.

No cubierto fuera de la red.

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## SERVICIOS DENTALES

### Beneficios dentales preventivos

#### Dentro de la red:

\$0 para exámenes bucales, hasta uno (1) cada seis (6) meses.

\$0 para profilaxis (limpiezas), hasta una (1) cada seis (6) meses.

\$0 para tratamientos con fluoruro, hasta uno (1) por año.

\$0 para radiografías, hasta un (1) juego por año.

\$0 para radiografías panorámicas, hasta una (1) cada cinco (5) años.

**\$3,000** de asignación de beneficios dentales preventivos e integrales combinados por año.

Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta.

No cubierto fuera de la red.

### Beneficios dentales integrales

#### Dentro de la red:

\$0 por servicios cubiertos por Medicare

Usted paga \$0 por los servicios dentales integrales.

Beneficios ilimitados para lo siguiente:

- Servicios que no son de rutina (otros servicios)
- Servicios de diagnóstico (exámenes, radiografías)
- Servicios de restauración (coronas)
- Endodoncia (tratamientos de conducto)
- Periodoncia (raspado de sarro y alisado radicular)
- Prostodoncia, otras cirugías bucales y maxilofaciales (dentaduras postizas o prótesis fijas y parciales)
- Extracciones (1 por diente por año)

**\$3,000** de asignación de beneficios dentales preventivos e integrales combinados por año. Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta.

No cubierto fuera de la red.

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

Condados de Allen, Lake y Marion

## SERVICIOS DE LA VISTA

### Pruebas de la vista (cubiertas por Medicare)

#### Dentro de la red:

\$0 por las pruebas de la vista cubiertas por Medicare para diagnosticar y tratar afecciones y enfermedades de la vista (incluso una prueba de detección anual de glaucoma).

#### Fuera de la red:

\$0 de copago

POS

### Pruebas de la vista de rutina

#### Dentro de la red:

\$0 por un (1) examen de la vista de rutina y refracción ocular, hasta uno (1) por año.

No cubierto fuera de la red.

### Anteojos (cubiertos por Medicare)

#### Dentro de la red:

\$0 por un (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una intervención quirúrgica por cataratas.

#### Fuera de la red:

\$0 de copago

### Anteojos de rutina

#### Dentro de la red:

**\$285** de asignación de beneficios para anteojos (lentes de contacto, anteojos [marcos y lentes], lentes de anteojos, marcos de anteojos), uno (1) por año.

Todos los costos de anteojos de rutina que superen el beneficio máximo permitido correrán por su cuenta.

No cubierto fuera de la red.

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### Servicios de salud mental para pacientes internados<sup>1</sup>

#### Dentro de la red:

\$0 de copago

#### Fuera de la red:

\$0 de copago

Su plan cubre hasta 190 días de por vida de atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

POS

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

Condados de Allen, Lake y Marion

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL *(continuación)*

**Servicios de salud mental ambulatorios (incluso los servicios de psiquiatría)**

**Dentro de la red:**

\$0 para consultas de terapia individual cubiertas por Medicare.

\$0 para consultas de terapia grupal cubiertas por Medicare.

**Fuera de la red:**

\$0 para consultas de terapia individual cubiertas por Medicare.

\$0 para consultas de terapia grupal cubiertas por Medicare.

Podría ser necesario obtener autorización previa.

POS

**Servicios ambulatorios por abuso de sustancias<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 para consultas de terapia individual cubiertas por Medicare.

\$0 para consultas de terapia grupal cubiertas por Medicare.

**Fuera de la red:**

\$0 para consultas de terapia individual cubiertas por Medicare.

\$0 para consultas de terapia grupal cubiertas por Medicare.

POS

**Servicios de tratamiento de opioides<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

## ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

**Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

Nuestro plan cubre hasta 100 días, por cada período de beneficios.

POS

## TERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

**Servicios de terapia ocupacional<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

Condados de Allen, Lake y Marion

## TERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN *(continuación)*

**Terapia física y terapia del habla y del lenguaje<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

POS

**Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

Incluye los siguientes servicios cubiertos por Medicare: rehabilitación cardíaca, rehabilitación cardíaca intensiva, servicios de rehabilitación pulmonar, ejercicio terapéutico supervisado (SET), para servicios sintomáticos de arteriopatía periférica (PAD).

POS

## SERVICIOS DE TRANSPORTE Y AMBULANCIA

**Servicio terrestre**

\$0 de copago

Podría ser necesario obtener autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.

**Servicio aéreo (viaje de ida)**

\$0 de copago

**Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia**

**Dentro de la red:**

\$0 por hasta **50** viajes de ida por año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. Llame al Servicio de atención al cliente con anticipación para reservar un viaje para su cita.

No cubierto fuera de la red.

## COBERTURA ADICIONAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS

**Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0 de copago

**Fuera de la red:**

\$0 de copago

Incluyen los medicamentos para quimioterapia y radioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B.

Podría ser necesario obtener autorización previa.

POS

# Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

### MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D DE MEDICARE

<b>Etapa 1: Etapa de deducible</b>	<b>\$0 de deducible.</b> Dado que su plan no tiene deducible, esta etapa no se aplica en su caso. Usted comienza la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento recetado.
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos lleguen a los <b>\$4,660</b> . El total de los costos anuales de los medicamentos equivalen a los costos totales de los medicamentos pagados tanto por usted como por el plan.  Una vez que haya alcanzado este importe, ingresará en el período de carencia de cobertura.
<b>Costo compartido en farmacia minorista estándar</b>	<b>Suministro de 30 días</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b> <b>Insulinas selectas</b>	\$0 \$0
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35
<b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35 Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días.
<b>Costo compartido en farmacia de pedido por correo estándar</b>	<b>Suministro de 100 días</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b> <b>Insulinas selectas</b>	\$0 \$0
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	\$0
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35
<b>Nivel 5: Medicamentos especializados</b>	<b>Medicamentos genéricos:</b> \$0 / \$1.45 / \$4.15 <b>Medicamentos de marca:</b> \$0 / \$4.30 / \$10.35 Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días.

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
 Condados de Allen, Lake y Marion

## MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D DE MEDICARE (continuación)

### Etapa de carencia de cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos recetados de Medicare tienen una Etapa de carencia de cobertura (también conocida como “donut hole”). La Etapa de carencia de cobertura comienza después de que usted y su plan de medicamentos recetados hayan gastado **\$4,660** en medicamentos cubiertos.

Después de ingresar en el período de carencia de cobertura, usted paga el **25 %** de los costos del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el **25 %** de los costos del plan para los medicamentos genéricos hasta que su costo total sume **\$7,400**.

Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (**75 %**) no se toma en cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y le ayuda a avanzar en el período de carencia de cobertura. Usted permanecerá en la etapa de carencia de cobertura hasta que sus costos totales de medicamentos alcancen los **\$7,400**, lo que finalizará la carencia de cobertura.

No todas las personas ingresan en la etapa de carencia de cobertura.

### Etapa de cobertura en situación catastrófica

La Etapa de cobertura en situación catastrófica comienza después de que los gastos directos de su bolsillo anuales en medicamentos (que incluyen los medicamentos adquiridos en farmacias minoristas y mediante pedido por correo postal) alcancen **\$7,400**. En esta etapa, usted paga el monto más alto de los siguientes:

### Tipo de medicamento

### Información de costo compartido

#### Medicamentos genéricos o preferidos de múltiples proveedores

- **5 %** del costo, o
- **\$4.15** de copago (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)

#### Medicamentos de marca y otros medicamentos

- **\$10.35** de copago para todos los demás medicamentos

Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo del punto de servicio (pedido por correo, farmacia minorista, farmacia de atención a largo plazo [LTC]), la infusión domiciliaria, la farmacia que elija y el momento en que ingrese en una nueva fase de las etapas de medicamentos.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina:** No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare, sin costo para usted. Llame al Servicios para miembros para obtener más información.

Sus costos compartidos pueden variar dependiendo del momento en que ingrese en otra fase del beneficio de medicamentos y de si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional. Para averiguar si es elegible para la Ayuda adicional, comuníquese con la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Para obtener información adicional sobre los costos compartidos específicos por farmacia y sobre las etapas de cobertura de medicamentos, llame a nuestro departamento de Servicio de atención al cliente, o bien consulte la Evidencia de cobertura en línea o solicite un ejemplar por correo.

## Beneficios, atención y servicios adicionales

### Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

### CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

**Servicios de podología (cubiertos por Medicare)**

**Dentro de la red:**

\$0

POS

**Fuera de la red:**

\$0

Podría ser necesario obtener autorización previa.

**Servicios de podología de rutina**

**Dentro de la red:**

\$0 por seis (6) consultas de pedicura de rutina por año.

### EQUIPOS MÉDICOS Y SUMINISTROS

**Equipos médicos duraderos (DME) (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<sup>1</sup>**

**Dentro de la red:**

\$0

**Fuera de la red:**

\$0

POS

Se requiere autorización previa para adquirir equipos médicos duraderos (DME) con un costo mayor que \$1,500.

**Dispositivos prostéticos (aratos de ortodoncia, miembros artificiales, etc.) y suministros médicos relacionados<sup>1</sup>**

\$0

**Fuera de la red:**

\$0

POS

Se requiere autorización previa para adquirir dispositivos prostéticos con un costo mayor que \$1,500.



## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## EQUIPOS MÉDICOS Y SUMINISTROS *(continuación)*

### Suministros y servicios para la diabetes

#### Dentro de la red:

\$0 por suministros para la diabetes.

\$0 para calzado o plantillas terapéuticas para la diabetes.

#### Fuera de la red:

\$0

Zing Health limita los suministros y servicios para la diabetes a los fabricantes especificados. Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Podría ser necesario obtener autorización previa.

POS

## CUIDADO QUIROPRÁCTICO

### Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)

#### Dentro de la red:

\$0 por manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se salen de lugar).

#### Fuera de la red:

\$0

Podría ser necesario obtener autorización previa.

POS

## ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

### Atención médica a domicilio (cubierta por Medicare)

#### Dentro de la red:

\$0

#### Fuera de la red:

\$0

Podría ser necesario obtener autorización previa.

POS

## Beneficio cubierto

Los servicios indicados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## HOSPICIO

### Atención de hospicio

Debe recibir la atención de un proveedor de hospicio aprobado por Medicare.

Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes

## DIÁLISIS

### Diálisis

#### Dentro de la red:

\$0 por tratamientos de diálisis cubiertos por Medicare.

\$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales.

No cubierto fuera de la red.

## Programas de bienestar

### Beneficios adicionales cubiertos

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

### ARTÍCULOS DE VENTA SIN RECETA (OTC)

#### Artículos de venta sin receta (OTC)

**\$300** cada (3) meses para artículos OTC.

Los beneficios OTC incluyen los tratamientos sustitutivos con nicotina (NRT).

La tarjeta de débito OTC permite a los miembros adquirir artículos relacionados con la salud en farmacias minoristas, así como mediante pedido por correo.

Si no utiliza el importe completo de sus beneficios de OTC para el trimestre cuando hace su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de OTC.

Puede pedir:

- En línea: visite [NationsOTC.com/ZingHealth](https://NationsOTC.com/ZingHealth)
- Por teléfono: llame al Asesor para la experiencia de miembros de NationsOTC al 1-877- 273-3381 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, todo el año.
- Por correo postal: llene un formulario de pedido del catálogo de productos de NationsOTC/Zing Health y envíelo.
- En una tienda minorista: en una tienda minorista de la red aprobada.

Visite nuestro sitio web en **[www.myzinghealth.com](https://www.myzinghealth.com)** para consultar la lista de los artículos de venta sin receta cubiertos.

No cubierto fuera de la red.

## Beneficios adicionales cubiertos

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

## BENEFICIO DE COMIDAS

### Comidas para prevención de rehospitalización

Usted no paga nada por comidas inmediatamente después de una hospitalización aguda a fin de contribuir a la recuperación, con un máximo de 10 comidas (se aplican limitaciones y exclusiones).

No cubierto fuera de la red.

### Beneficios complementarios especiales para los pacientes con enfermedades crónicas

#### Tarjeta para comidas saludables (tarjeta de débito para alimentos)

Los miembros deben tener una o más de las siguientes categorías de afecciones crónicas:

1. Alcoholismo crónico u otra drogadicción
2. Trastornos autoinmunitarios
3. Cáncer, excepto por afecciones precancerosas o localizadas
4. Trastornos cardiovasculares
5. Insuficiencia cardíaca crónica
6. Demencia
7. Diabetes *mellitus*
8. Insuficiencia renal en etapa terminal
9. Insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
10. Trastornos hematológicos graves
11. VIH/SIDA
12. Trastornos pulmonares crónicos
13. Problemas de salud mental crónicos e incapacitantes
14. Trastornos neurológicos
15. Accidente cerebrovascular

Los miembros reciben una asignación mensual de **\$50** para comprar productos agrícolas y alimentos saludables.

Los miembros con una afección crónica que califique pueden adquirir productos alimenticios aprobados por el plan mediante una solución de pedido por correo postal o en tiendas minoristas participantes con su tarjeta física.

Para conocer una lista completa de afecciones crónicas que califican, llame al Servicio de atención al cliente o consulte su folleto de Evidencia de cobertura.

No cubierto fuera de la red.

## Beneficios adicionales cubiertos

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

## SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

### Asistencia para personas mayores en el hogar

\$0 de copago

Los miembros son elegibles para **60 horas** de servicios de PAPA por año.

PAPA combate la soledad y el aislamiento social al conectar a los PAPA Pals con nuestros miembros para acompañamiento y ayuda durante las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés). PAPA Pals ayuda a los miembros con servicios que incluyen, entre otros, compras de alimentos, retiro de medicamentos, citas médicas, ayuda técnica, recordatorios, ayuda con la iluminación en el hogar, ejercicio físico y actividades livianas. PAPA Pals puede brindar ayuda a nuestros miembros en sus hogares o de manera virtual.

No cubierto fuera de la red.

**Beneficios adicionales cubiertos****H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion***MEMBRESÍA EN GIMNASIOS****Silver & Fit Fitness®**

\$0 de copago

La membresía en los gimnasios Silver & Fit Fitness® está disponible sin costo mientras sea miembro de nuestro plan.

Puede encontrar una lista de los gimnasios participantes en nuestro sitio web en **www.myzinghealth.com** o llamando al Servicio de atención al cliente.

No cubierto fuera de la red.

**Programas de control del peso**

\$0 de copago

El programa para adelgazar y de mantenimiento del peso a largo plazo de Zing Health se logra a través de cambios en la alimentación, en los comportamientos relacionados con la comida y en la actividad física. Un equipo de nutricionistas y entrenadores físicos adaptarán el programa a los objetivos de pérdida de peso del miembro, sin costo alguno.

Su plan también brinda vales de cortesía para la membresía en el programa Weight Watchers.

Las comidas de Weight Watchers no están cubiertas.

No cubierto fuera de la red.

**LÍNEA DIRECTA DE ENFERMERÍA****Línea de asesoramiento de enfermería, las 24 horas, todos los días**

\$0 de copago

Los miembros llaman a la Línea de asesoramiento de enfermería para hacer preguntas sobre temas de salud, síntomas que pueden sentir y para obtener asesoramiento sobre cuándo consultar a un médico o ir al hospital.

Los enfermeros se encuentran disponibles sin costo para usted las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando al:

1-855-4-ZHNURSE  
(1-855-494-6877)

## Beneficios adicionales cubiertos

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

## DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD

### Dispositivos de seguridad en el hogar

\$0 de copago

Para dispositivos de seguridad en el hogar aprobados por el plan, lo que incluye los siguientes: barandas de seguridad, barras de ducha de mano, barandas de seguridad para inodoros, barandas de asistencia para bañera, asientos para inodoros elevado, orinal alto portátil, bancos para bañera, bancos de transferencia para bañera.

El plan no cubre los costos de montaje e instalación. El plan no se hace responsable por el montaje, la instalación, la reparación u otras modificaciones inadecuadas. Los miembros son responsables por todos los costos asociados con el montaje, la instalación y las reparaciones.

No cubierto fuera de la red.

## SISTEMA DE RESPUESTA PERSONAL DE EMERGENCIA

### Sistema de respuesta personal de emergencia (PERS)

\$0 de copago

Los miembros de Zing pueden inscribirse en el beneficio PERS para recibir servicios de alerta de emergencia de los Servicios de Seguridad ADT (ADT). Los miembros tendrán acceso a ofrecimientos de PERS personalizables, que incluyen tres (3) soluciones de alerta de emergencia:

- Alerta médica básica (PERS Basic): una unidad en el hogar con un alcance de hasta 300 pies.
- Alerta médica Plus (PERS Plus): una unidad en el hogar con un alcance de 600 pies para colgar.
- Para llevar (PERS On-The-Go): unidad de base móvil con detección de caídas opcional.

No cubierto fuera de la red.

Para obtener un listado completo de los beneficios y la cobertura de su plan, consulte su documento de Evidencia de cobertura o comuníquese con el plan para más detalles.

## Beneficios de Medicaid

Además de los servicios de Medicare Advantage descritos en las secciones anteriores, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP) brinda los siguientes beneficios de Medicaid, según su nivel de cobertura de Medicaid. Para conocer las normas de elegibilidad e información adicional acerca de estos servicios, visite:

<https://www.in.gov/mcicaid/>

Podría haber instancias en la que los límites de Medicaid sean mayores que los de Medicare Advantage. En estas situaciones en las que el límite de Medicare Advantage se haya agotado, podría ser elegible para recibir cobertura del programa de Medicaid de Indiana. **Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid a su proveedor cuando reciba servicios.**

### Beneficio cubierto

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

### SERVICIOS CLÍNICOS E INSTITUCIONALES

<b>Centro de servicios ambulatorios autónomo</b>	Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Consultorios de salud mental y salud pública</b>	Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios de Centros de salud con certificación federal (FQHC)</b>	Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios de hospitalización para pacientes internados (no incluye instituciones para enfermedades mentales)</b>	Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.  Podría ser necesario obtener autorización previa, incluso para los centros de rehabilitación y de quemados. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. \$3 para consultas de Medicaid que no sean de emergencia en el servicio de urgencias.



## Beneficio cubierto

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

### SERVICIOS CLÍNICOS E INSTITUCIONALES *(continuación)*

#### Servicios de rehabilitación: Salud mental y abuso de sustancias

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios en centros de salud rurales

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

### SERVICIOS PROFESIONALES

#### Servicios de enfermeros titulados anestesiistas

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

#### Servicios quiroprácticos

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

Podría ser necesario obtener autorización previa.

#### Servicios dentales

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios médicos o quirúrgicos de un dentista

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios de enfermería obstétrica

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

### SERVICIOS PROFESIONALES *(continuación)*

#### Servicios de enfermeros practicantes

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

#### Servicios optométricos

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios médicos

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios podológicos

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicio de psicología

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

### MEDICAMENTOS RECETADOS

#### Medicamentos no incluidos en la Parte D de Medicare

\$3 por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa.

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

### SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA OCUPACIONAL

#### Servicios de terapia ocupacional

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios de fisioterapia

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

#### Servicios para los trastornos del habla, la audición y el lenguaje

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

### PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS

#### Dentaduras postizas

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Anteojos

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Audífonos

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Equipos médicos y suministros

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

## PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS *(continuación)*

### Prótesis y dispositivos de ortopedia

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Podría ser necesario obtener autorización previa.

## SERVICIOS DE TRANSPORTE

### Servicios de ambulancia

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

De \$0.50 a \$2.00 por servicios de transporte que no sea de emergencia cubiertos por Medicaid (dependiendo del pago).

Podría ser necesario obtener autorización previa.

### Servicios de transporte médico que no sean en situaciones de emergencia

De \$0.50 a \$2.00 por servicios de transporte que no sea de emergencia cubiertos por Medicaid (dependiendo del pago).

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios.

## OTROS SERVICIOS

### Servicios preventivos, exámenes y pruebas de diagnóstico

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

### Servicios de análisis de laboratorio y de radiografías (fuera del hospital o el consultorio)

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

### Administración de casos dirigida

\$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

## Servicios de administración de largo plazo

### Beneficio cubierto

**H4624-016**

**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**

*Condados de Allen, Lake y Marion*

### ATENCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

#### Exención de servicios basados en la comunidad y el hogar

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Servicios de salud en el hogar (incluyen servicios de enfermería, auxiliares de salud en el hogar y suministros y equipos médicos)

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Atención de hospicio

Los servicios de hospicio de Medicare están cubiertos por Medicare en un esquema de pago por servicio.

\$0 por servicios de hospicio cubiertos por Medicaid. Podría ser necesario obtener autorización previa.

### ATENCIÓN INSTITUCIONAL

#### Servicios hospitalarios, en centros de enfermería y en centros de cuidados intermedios en instituciones para enfermedades mentales (65 años o más)

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### Servicios psiquiátricos para pacientes internados (Menores de 21 años)

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

## Beneficio cubierto

**H4624-016**  
**Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS DSNP)**  
*Condados de Allen, Lake y Marion*

### ATENCIÓN INSTITUCIONAL (Continuación)

#### **Servicios en centros de cuidados intermedios (para pacientes con retraso mental)**

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### **Servicios en centros de enfermería (que no sean instituciones para enfermedades mentales)**

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Podría ser necesario obtener autorización previa. Es posible que se apliquen límites a los beneficios de Medicaid.

#### **Servicios médicos y en instituciones religiosas de cuidados de salud no médica**

Para miembros con elegibilidad doble, Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.

\$0 por servicios cubiertos por Medicaid.

Los servicios médicos no están cubiertos.

# Lista de comprobación previa a la inscripción Zing HEALTH™

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-866-946-4458 para hablar con un representante del Servicio de atención al cliente (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de los servicios cubiertos. Es importante que revise la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite [www.myzinghealth.com](http://www.myzinghealth.com) o llame al 1-866-946-4458 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para acceder a una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para verificar si los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no figuran, es probable que deba elegir otros médicos.
- Revise el directorio de farmacias para verificar si la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados forma parte de la red. Si no figura, es probable que deba seleccionar otra farmacia para adquirir sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Comprenda las normas importantes

- Además de la prima mensual, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Solo para nuestros planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO): excepto ante situaciones de emergencia o urgencia, estos planes no cubren servicios de proveedores de fuera de la red (médicos que no figuran en nuestro directorio de proveedores).
- Solo para nuestros planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud con opción de Punto de Servicio (HMO-POS): estos planes le permiten consultar a proveedores de fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagamos determinados servicios cubiertos brindados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar suministrarle tratamiento. Excepto ante situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados podrían negarse a brindarle atención médica. Además, pagará un copago mayor por los servicios recibidos de proveedores no contratados.
- Solo para nuestros planes de necesidades especiales por enfermedades crónicas (CSNP): su posibilidad de inscribirse al plan dependerá de la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante calificada.
- Solo para nuestros planes de necesidades especiales con elegibilidad doble (DSNP), su posibilidad de inscribirse al plan dependerá de la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal, en virtud de Medicaid.

Zing Health cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

# Notice of Non-Discrimination

*Discrimination is against the law.*

Zing Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Zing Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Zing Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - o Qualified sign language interpreters
  - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - o Qualified interpreters
  - o Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 1-866-946-4458 (TTY 711).

If you believe that Zing Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Zing Health  
Civil Rights Coordinator  
225 W. Washington Street, Suite 450  
Chicago, Illinois 60606  
Phone: 1-866-946-4458, TTY number 711  
Fax: 1-866-946-4458  
Email: [civilrightscordinator@myzinghealth.com](mailto:civilrightscordinator@myzinghealth.com)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, a Zing Health Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Y0149\_ZH-MLI-L001\_C



# Aviso de no discriminación

*La discriminación es ilegal.*

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

Zing Health:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en el lenguaje de signos.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al cliente al 1-866-946-4458 (TTY 711).

Si cree que Zing Health no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Zing Health  
Civil Rights Coordinator  
225 W. Washington Street, Suite 450  
Chicago, Illinois 60606  
Teléfono 1-866-946-4458, número TTY 711  
Fax: 1-866-946-4458  
Correo electrónico: [civilrightscoordinator@myzinghealth.com](mailto:civilrightscoordinator@myzinghealth.com)

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un Coordinador de Derechos Civiles de Zing Health está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

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

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

# Servicios de interpretación multilingües

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-946-4458 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-946-4458 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-946-4458 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-946-4458 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-946-4458 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-946-4458 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-946-4458 (TTY: 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-946-4458 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-946-4458 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-946-4458 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة. 1-866-946-4458 (TTY: 711) فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-946-4458 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-946-4458 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-946-4458 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-946-4458 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-946-4458 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。