

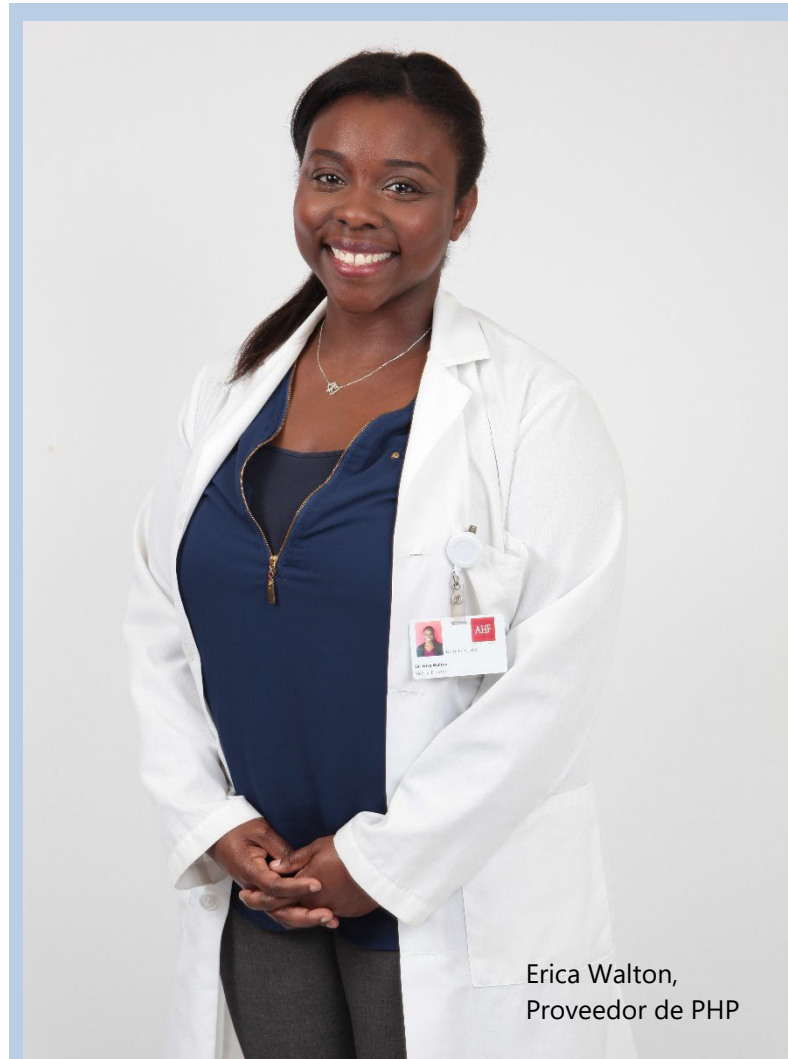


Su salud  
*Nuestra misión*

# Resumen de Beneficios 2023

**H3132**  
**Condados de Broward,  
Duval y Miami-Dade**

**Enero 1 de 2023 – Diciembre 31 de 2023**



Erica Walton,  
Proveedor de PHP

PHP (HMO SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en PHP depende de la renovación del contrato.

La información de beneficio provista no lista cada servicio que cubrimos ni lista cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor solicite la "Evidencia de Cobertura" o visite [www.php-fl.org/for-members/espanol](http://www.php-fl.org/for-members/espanol).

Para unirse a PHP, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, estar diagnosticado de VIH, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: Broward, Duval y Miami-Dade.

Para más información, por favor llámenos al (888) 456-4715, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 711. O visítenos en [www.php-fl.org](http://www.php-fl.org).

## **La discriminación es contraria a la ley**

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (888) 456-4715, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email [php@positivehealthcare.org](mailto:php@positivehealthcare.org). Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio 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 en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you  
Call 1-888-456-4715 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.  
Rele 1-888-456-4715 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.  
Gọi số 1-888-456-4715 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis.  
Ligue para 1-888-456-4715 (TTY: 711).

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 1-888-456-4715  
(TTY : 711)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés  
gratuitement. Appelez le 1-888-456-4715 (ATS : 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng  
tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-456-4715 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные  
услуги перевода. Звоните 1-888-456-4715 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-456-4715 (رقم هاتف  
الصم والبكم: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza  
linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-456-4715 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche  
Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-456-4715 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-  
888-456-4715 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.  
Zadzwoń pod numer 1-888-456-4715 (TTY: 711).

Літ Өһ өрү ёх Ў { ă w ę p Ū Ę ě p ě á :Йга x Ū Ū Ć Ę Ū Ć Ę Ū p y Ū Ū y Ū Ū x u | Ę s g é v ä a { ě  
1-888-456-4715 (TTY: 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-456-4715 (TTY: 711).

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>PHP (HMO SNP)</b>	<b>Qué debe saber</b>
Prima mensual del plan	Usted no paga nada.	Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible	\$505 por año para medicamentos bajo receta de la Parte D.	El deducible solo aplica a medicamentos recetados de Parte D
Responsabilidad máxima de su bolsillo ( <i>no incluye medicamentos bajo receta</i> )	Usted paga no más de \$5,000 anualmente	Este monto es lo que más pagará por copagos para servicios médicos para el año. Una vez que llega a este límite, pagaremos el costo total de sus servicios médicos para el resto del año.
Paciente internado	<p>Usted paga lo siguiente para estadías de paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por día para días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150</li> </ul>	<p>Los copagos para beneficios de hospital se basan en periodos de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Termina cuando no recibe ningún cuidado en el hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, empezará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado todos estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente internado estará limitada a 90 días. Requiere autorización.</p>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>PHP (HMO SNP)</b>	<b>Qué debe saber</b>
Hospital ambulatorio	Usted no paga nada por servicio hospitalario ambulatorio, es decir, servicios de cirugía y cirugía ambulatoria y servicios de radiología de diagnóstico, pruebas y procedimientos realizados en una instalación hospitalaria.	Algunos servicios requieren derivación y autorización.
Centro de cirugía ambulatoria	Usted no paga nada por cirugías ambulatorias y servicios en un centro de cirugía ambulatoria realizados en un centro de cirugía ambulatoria.	Requiere derivación y autorización.
Visitas al médico	Usted no paga nada para visitas de atención primaria. Usted no paga nada para visitas a especialistas.	Requiere derivación para la mayoría de las visitas a especialistas. Algunos servicios/procedimientos de especialistas requieren autorización.
Atención preventiva	Usted no paga nada por servicios de atención preventiva como visita anual de bienestar, pruebas de detección de cáncer de senos, pruebas de diabetes, vacunas, vacunas de la gripe y varios otros servicios preventivos.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por visita.	
Servicios de necesidad urgente	Usted no paga nada.	

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/ Imagenología	<p>Usted no paga nada para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico, ej.: escaneos MRI, CT, PET</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Radiografías de paciente ambulatorio</li> <li>• Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia</li> <li>• Terapia de radiación</li> </ul>	<p>Requiere derivación. Los siguientes servicios requieren autorización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos procedimiento y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Ciertos servicios radiológicos de diagnóstico</li> <li>• Ciertos servicios radiológicos terapéuticos</li> </ul> <p>Los siguientes servicios no requieren autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> <li>• Radiografías</li> </ul>
Servicios de audición	<p>No paga nada por examen de la audición cada año.</p> <p>Usted no paga nada por audífonos.</p>	<p>Requiere derivación.</p> <p><b>Plan paga hasta \$2,500 cada año por hasta dos audífonos.</b></p> <p>Requiere autorización.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios dentales	<p>Usted no paga nada por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios en conexión con la atención, tratamiento, reemplazo de rellenos o reemplazo de dientes).</p> <p>Usted no paga nada por servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (hasta 2 cada año).</li> <li>• Radiografía(s) (hasta 1 cada año).</li> <li>• Tratamiento de flúor (hasta 2 cada año).</li> <li>• Exámenes bucales (ilimitado).</li> </ul> <p>Usted no paga nada por estos servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios no rutinarios</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia/periodoncia/extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios</li> </ul>	<p>Requiere derivación y autorización para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere derivación o autorización para servicios dentales preventivos o integrales.</p> <p><b>Servicios dentales integrales se limitan a \$1,150 cada año.</b></p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios de la visión	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo una prueba de detección de glaucoma anual)</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas</li> </ul> <p>Usted no paga nada por los siguientes servicios de la visión suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la visión de rutina (1 cada año)</li> <li>• Un (1) par de anteojos (marcos y lentes o lentes) o lentes de contacto cada año</li> </ul>	<p>Requiere derivación y autorización para servicios de la visión cubiertos por Medicare.</p> <p>No requiere de derivación o autorización para servicios de la visión suplementarios.</p> <p><b>Nuestro plan paga hasta \$250 cada año por artículos para la visión.</b></p>



Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
<p>Servicios de salud mental</p>	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de terapia grupal de paciente ambulatorio</li> <li>• Visita de terapia individual de paciente ambulatorio</li> </ul> <p>Usted paga lo siguiente para estadías de paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por día para días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150</li> </ul>	<p>No requiere derivación o autorización para servicios de salud mental de paciente ambulatorio.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental de paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de la atención hospitalaria del paciente internado no aplica a servicios mentales de pacientes internados provistos en un hospital general. Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en periodos de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando no ha recibido ningún cuidado en el hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, comenzará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado todos estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente internado estará limitada a 90 días. Estadías de paciente internado requieren autorización.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga lo siguiente para estadías en SNF: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día para días 1 a 20</li> <li>• \$100 de copago por día para días 21 a 100</li> </ul>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un periodo de beneficio. Un periodo de beneficio comienza el día que es internado en un hospital o SNF. Termina cuando no ha recibido ningún cuidado de paciente internado o en un centro de atención especializada por 60 días consecutivos. Si va al hospital después que termine un periodo de beneficio, comenzará un periodo de beneficio nuevo. No hay límite para el número de periodos de beneficios. No requiere internación en hospital previa. Requiere autorización.
Fisioterapia	Usted no paga nada por servicios de fisioterapia.	Requiere derivación.
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago por servicios de ambulancia para viajes de ida o viajes de ida y vuelta.	
Transporte	No paga nada por viajes de ida y vuelta ilimitados a lugares aprobados por el plan cada año.	El Plan debe autorizar y reservar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde los consultorios o centros de proveedores.
Medicamentos de Medicare Parte B	Usted no paga nada por quimioterapia y otros medicamentos de Parte B.	Algunos medicamentos de Parte B de Medicare requieren autorización.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber																		
<b>Costo compartido para deducibles, cobertura inicial, brecha de cobertura y fases de cobertura catastrófica</b>																				
Fase 1: Deducible	Para los niveles 1 a 4, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta llegar a \$505. No hay un deducible para Insulinas Selectas.	Esta fase comienza cuando usted surte su primera receta en el año. No hay costo compartido para medicamentos del nivel 5. Usted paga \$35 por Insulinas Selectas sin importar en qué nivel de costo compartido estén.																		
Fase 2: Cobertura inicial	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;"><b>Farmacia estándar de red Suministro de un mes (30 días)</b></th> <th style="width: 25%; text-align: center;"><b>Farmacia estándar de red Suministro de tres meses (100 días)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 Medicamentos genéricos Insulinas Selectas</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 15% \$35 de copago</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 15% \$35 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 Medicamentos de marca preferidos Insulinas Selectas</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 15% \$35 de copago</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 15% \$35 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 Medicamentos de marca no preferidos</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 Medicamentos de especialidad</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> <td style="text-align: center;">Usted paga 25%</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 Ciertos medicamentos de atención médica</td> <td style="text-align: center;">Usted no paga nada</td> <td style="text-align: center;">Usted no paga nada</td> </tr> </tbody> </table>		<b>Farmacia estándar de red Suministro de un mes (30 días)</b>	<b>Farmacia estándar de red Suministro de tres meses (100 días)</b>	Nivel 1 Medicamentos genéricos Insulinas Selectas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$35 de copago	Nivel 2 Medicamentos de marca preferidos Insulinas Selectas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$35 de copago	Nivel 3 Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Nivel 4 Medicamentos de especialidad	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Nivel 5 Ciertos medicamentos de atención médica	Usted no paga nada	Usted no paga nada	<p>Después de pagar su deducible anual, usted paga coseguro para medicamentos del nivel 1 a 4 hasta que su costo total anual de medicamentos alcance \$4,660. Costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos pagados por usted y nuestro plan.</p> <p><b>Importante mensaje sobre lo que usted paga por insulina:</b> Usted no pagará más de \$35 por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en que esté.</p>
	<b>Farmacia estándar de red Suministro de un mes (30 días)</b>	<b>Farmacia estándar de red Suministro de tres meses (100 días)</b>																		
Nivel 1 Medicamentos genéricos Insulinas Selectas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$35 de copago																		
Nivel 2 Medicamentos de marca preferidos Insulinas Selectas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$35 de copago																		
Nivel 3 Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga 25%	Usted paga 25%																		
Nivel 4 Medicamentos de especialidad	Usted paga 25%	Usted paga 25%																		
Nivel 5 Ciertos medicamentos de atención médica	Usted no paga nada	Usted no paga nada																		

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Fase 3: Brecha de cobertura	<p>Para los niveles 1 a 4, usted paga el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca y no más del 25% del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos.</p> <p>Usted no pagará más de \$35 por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en que esté</p>	<p>La mayoría de los planes de Medicare tiene una brecha de cobertura (también llamada "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporario de lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) llega a \$4,660. Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que su costo total alcance \$7,400.</p>
Fase 4: Cobertura catastrófica	<p>Para medicamentos del nivel 1 a 4 usted paga la cantidad mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo, o</li> <li>• \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 para todos los otros medicamentos.</li> </ul>	<p>Después que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos llegan a \$7,400, usted entra en la fase de cobertura catastrófica. Usted permanece en esta fase hasta fin de año.</p>

El costo compartido podría cambiar según la farmacia que elija y cuando entra en otra fase del beneficio de la Parte D. Si usted reside en una instalación de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que una farmacia estándar. Usted podría obtener sus medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo compartido que en una farmacia dentro de la red. Para más información sobre las etapas del beneficio, por favor llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en [www.php-fl.org/for-members/espanol](http://www.php-fl.org/for-members/espanol).

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus costos de medicamentos con receta, la información de costo compartido de la Parte D de arriba no aplica a usted. Por favor llámenos para más información.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
<b>Beneficios adicionales</b>		
Acupuntura	Usted no paga nada para hasta dos (2) visitas de acupuntura por mes.	Requiere derivación y autorización.
Servicios quiroprácticos	No paga nada por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Nuestro plan cubre solo la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. Requiere derivación.
Equipo Médico Duradero (DME) y suministros	No paga nada por DME cubierto y suministros médicos.	Requiere autorización.
Cuidado de pies ( <i>servicios de podiatría</i> )	Usted no paga nada por los siguientes servicios de podiatría cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes y tratamiento de los pies</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> </ul>	Requiere derivación. Ciertos procedimientos de podiatría requieren autorización.
Programa de Salud y Bienestar	Usted no paga nada por el plan de Beneficio Suplementario de Salud y Bienestar, el cual es una elección entre una membresía de gimnasio <b>o</b> hasta \$200 cada año para artículos de farmacia de venta libre.	

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>PHP (HMO SNP)</b>	<b>Qué debe saber</b>
Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)	Usted no paga nada para hasta 16 horas por semana para servicios de apoyo en el hogar por hasta dos (2) semanas.	Servicios de apoyo en el hogar están disponibles para miembros después del dada de alta de la hospitalización en un hospital de agudos o centro de enfermería especializada. Servicios de apoyo en el hogar incluyen los siguientes servicios de atención personal no médica y de tareas domésticas: asistencia con bañarse, aseo corporal y para vestirse, asistencia en funciones de defecación y para orinar, acompañar a citas médicas, tareas domésticas livianas, preparación de comidas, lavandería, y compra de comestibles. Requiere autorización.
Beneficios de comidas	Usted no paga nada para hasta dos (2) comidas por día por hasta 28 días (límite de 56 comidas por año).	El beneficio de comidas está disponible para miembros después del dada de alta de la hospitalización en un hospital de agudos o centro de enfermería especializada y miembros que tienen una condición crónica u otra condición médica que les impide salir de casa para ir de compras. Las comidas se pueden proporcionar en múltiples incrementos a lo largo del año hasta el límite de 56 comidas por año. Requiere autorización.
Masaje terapéutico	Usted no paga nada por hasta dos (2) masajes terapéuticos de una (1) hora por mes para aumentar la circulación sanguínea.	El beneficio de masaje terapéutico está disponible para miembros diagnosticados con una neuropatía relacionada con el SIDA. Requiere derivación y autorización.

PHP (HMO SNP) tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si usted usa proveedores que no están en nuestra red, podríamos no pagar por estos servicios.

Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y usted**". Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o reciba una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como letra grande o en audio.

**Para más información, por favor llámenos al (888) 456-4715, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 711. O visítenos en [www.php-fl.org](http://www.php-fl.org).**

