



Resumen de beneficios 2025

H5852 – Condado Los Angeles

Enero 1 de 2025 –31 de diciembre de 2025

**Su salud es
nuestra misión**



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 llame al (800) 263-0067 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o visite www.php-ca.org/for-members/publications.

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 es el Condado Los Angeles, California.

Para más información, por favor llámenos al (800) 263-0067, 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-ca.org.

H5852_1099 2025 092024_M

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 una reclamación con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 263-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar una reclamación en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar una reclamación, 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>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-263-0067 (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 1-800-263-0067 (TTY : 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Երե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-800-263-0067 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).



Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para Miembros al (800) 263-0067. Los agentes están disponibles de 8:00 am a 8:00 pm, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY llaman al 711.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los cuales consulta habitualmente a un médico. Visite www.php-ca.org/for-members/espanol o llame al (800) 263-0067 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Excepto en situaciones de emergencia y urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califique.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Prima mensual del plan	Usted no paga nada.	Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible	\$580 por año para medicamentos bajo receta de la Parte D.	El deducible solo aplica a medicamentos recetados de la Parte D. No hay un deducible para servicios médicos.
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.
Hospital de pacientes internados	<p>Usted paga lo siguiente para estadias de paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150 	<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>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Hospital de pacientes ambulatorios	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 \$100 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"> • Servicios radiológicos de diagnóstico, ej.: escaneos MRI, CT, PET • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Radiografías de paciente ambulatorio • Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia • Terapia de radiación 	Requiere derivación.
Servicios de audición	<p>No paga nada por un examen de la audición cada año.</p> <p>Usted no paga nada por audífonos.</p>	<p>Requiere derivación.</p> <p>Plan paga hasta \$2,500 cada año por hasta dos audífonos.</p> <p>Se requiere autorización para los audífonos.</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"> • Limpieza (hasta 2 cada año. • Radiografías (hasta 1 cada año) • Tratamiento de flúor (hasta 2 cada año) • Exámenes bucales <p>Usted no paga nada por estos servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia/periodoncia/extracciones • Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios 	<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>Servicios dentales integrales se limitan a \$1,200 cada año.</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"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo una prueba de detección de glaucoma anual) • Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas <p>Usted no paga nada por los siguientes servicios de la visión suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la visión de rutina (1 cada año) • Un (1) par de anteojos (marcos y lentes o lentes) o lentes de contacto cada año 	<p>Requiere derivación para servicios de la visión cubiertos por Medicare. Requiere autorización para algunos servicios de la visión cubiertos por Medicare.</p> <p>No requiere de derivación o autorización para servicios de la visión suplementarios.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por artículos para la visión.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Servicios de salud mental	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal de paciente ambulatorio • Visita de terapia individual de paciente ambulatorio <p>Usted paga lo siguiente para estadías de paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150 	<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 empieza 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, 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. 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. Estadías de paciente internado requieren autorización.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada por estadías en un SNF para días 1 a 100.	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 previa en hospital. Requiere derivación y 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 hasta 24 viajes de ida y vuelta 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																		
Costo compartido para etapas de deducible, cobertura inicial y cobertura catastrófica																					
Etapas de deducible	Para los niveles 1 a 4, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta llegar a \$580. No hay un deducible para productos de insulina cubiertos.		Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta en el año. No hay costo compartido para medicamentos del nivel 5. Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto sin tener en cuenta el nivel de costo compartido, aún si usted no ha pagado su deducible.																		
Etapas de cobertura inicial	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="492 793 776 961"></th> <th data-bbox="776 793 1015 961" style="text-align: center;">Farmacia de red Suministro de un mes (30 días)</th> <th data-bbox="1015 793 1563 961" style="text-align: center;">Farmacia de red Suministro de tres meses (100 días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="142 961 492 1150">Nivel 1: Medicamentos genéricos Insulinas</td> <td data-bbox="776 961 1015 1150">Usted paga 15% \$35 de copago</td> <td data-bbox="1015 961 1563 1150">Usted paga 15% \$105 de copago</td> </tr> <tr> <td data-bbox="142 1150 492 1339">Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos Insulinas</td> <td data-bbox="776 1150 1015 1339">Usted paga 15% \$35 de copago</td> <td data-bbox="1015 1150 1563 1339">Usted paga 15% \$105 de copago</td> </tr> <tr> <td data-bbox="142 1339 492 1528">Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</td> <td data-bbox="776 1339 1015 1528">Usted paga 25%</td> <td data-bbox="1015 1339 1563 1528">Usted paga 25%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="142 1528 492 1717">Nivel 4: Medicamentos de especialidad Insulinas</td> <td data-bbox="776 1528 1015 1717">Usted paga 25% \$35 de copago</td> <td data-bbox="1015 1528 1563 1717">Usted paga 25% \$105 de copago</td> </tr> <tr> <td data-bbox="142 1717 492 1871">Nivel 5: Ciertos medicamentos de atención médica</td> <td data-bbox="776 1717 1015 1871">Usted no paga nada</td> <td data-bbox="1015 1717 1563 1871">Usted no paga nada</td> </tr> </tbody> </table>			Farmacia de red Suministro de un mes (30 días)	Farmacia de red Suministro de tres meses (100 días)	Nivel 1: Medicamentos genéricos Insulinas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$105 de copago	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos Insulinas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$105 de copago	Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Nivel 4: Medicamentos de especialidad Insulinas	Usted paga 25% \$35 de copago	Usted paga 25% \$105 de copago	Nivel 5: Ciertos medicamentos de atención médica	Usted no paga nada	Usted no paga nada	<p>Después de pagar su deducible anual, paga el coseguro de los medicamentos de nivel 1 a 4 hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2,000 para el año calendario. No hay costo compartido para los medicamentos de nivel 5.</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes, \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin tener en cuenta el nivel de costo compartido.</p>
	Farmacia de red Suministro de un mes (30 días)	Farmacia de red Suministro de tres meses (100 días)																			
Nivel 1: Medicamentos genéricos Insulinas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$105 de copago																			
Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos Insulinas	Usted paga 15% \$35 de copago	Usted paga 15% \$105 de copago																			
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga 25%	Usted paga 25%																			
Nivel 4: Medicamentos de especialidad Insulinas	Usted paga 25% \$35 de copago	Usted paga 25% \$105 de copago																			
Nivel 5: Ciertos medicamentos de atención médica	Usted no paga nada	Usted no paga nada																			

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Etapa de cobertura catastrófica	Usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Después de que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2,000 para el año calendario, ingresa a la etapa de cobertura catastrófica. Permanece en esta etapa hasta el final del año calendario.
<p>El costo compartido podría cambiar según la farmacia que elija y cuando entra en otra etapa 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-ca.org/for-members/publications.</p> <p>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.</p>		
Beneficios adicionales		
Acupuntura	No paga nada por hasta dos (2) visitas de acupuntura por mes.	Requiere derivación.
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"> • Exámenes y tratamiento de los pies • Cuidado de los pies de rutina 	Requiere derivación. Ciertos procedimientos de podiatría requieren autorización.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Beneficio de acondicionamiento físico	No paga nada por una membresía de gimnasio en uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • 24 Hour Fitness • LA Fitness/Esporta Fitness • AHF Fitness Center 	
Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño	No paga nada por los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño.	El beneficio incluye, pero no se limita a, rampas temporales sobre escaleras, barras de apoyo, sillas de ducha, inodoros de gran altura o asientos de inodoros, barandas de cama, etc. según sea necesario, y modificaciones menores en el hogar para instalar elementos cubiertos y/o ensanchar las puertas. Requiere derivación y autorización. El beneficio está limitado a \$5,000 por año.
Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)	Usted no paga nada por 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 alta de 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 derivación y autorización.

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
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 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 comprar comestibles. Las comidas se pueden proporcionar en múltiples incrementos a lo largo del año hasta el límite de 56 comidas por año. Requiere autorización.
Artículos de farmacia de venta libre (OTC)	No paga nada hasta \$550 en artículos de farmacia de venta libre (medicamentos sin receta), como vitaminas, suplementos de fibra, suministros de primeros auxilios, protector solar, cepillos y pastas de dientes, medicamentos para el resfrío, antiácidos y más.	
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)	<p>Usted no paga nada por un máximo de dos (2) masajes terapéuticos de una (1) hora al mes.</p> <p>Usted no paga nada por hasta dos (2) comidas para diabéticos por día.</p> <p>Usted no paga nada por hasta dos (2) comidas bajas en sodio por día.</p>	<p>El beneficio de masaje terapéutico está disponible para miembros diagnosticados con neuropatía relacionada con el SIDA. Requiere derivación y autorización.</p> <p>El beneficio de comidas para diabéticos está disponible para miembros diagnosticados con diabetes. Requiere derivación y autorización.</p> <p>El beneficio de comidas bajas en sodio está disponible para miembros diagnosticados con insuficiencia cardíaca congestiva (CHF). Requiere derivación y autorización.</p>

Primas y Beneficios	PHP (HMO SNP)	Qué debe saber
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) (continúa)	<p>Usted paga nada por los servicios de control de plagas.</p> <p>Usted no paga nada por los dispositivos de filtro de aire y los reemplazos de filtro</p> <p>Usted no paga nada por el servicio de lavandería.</p>	<p>Los servicios de control de plagas están disponibles para miembros diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y que viven en una residencia infestada de cucarachas, ratones o ratas. Requiere derivación y autorización. El beneficio está limitado a \$1,000 por año.</p> <p>Los filtros de aire y los reemplazos de filtros están disponibles para miembros diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y que viven en un entorno cuya calidad del aire contribuye al asma y los problemas respiratorios. Requiere derivación y autorización. El beneficio está limitado a \$200 por año.</p> <p>El servicio de lavandería está disponible para miembros que necesitan asistencia para la vida diaria y apoyo de higiene y no pueden lavar su propia ropa. Requiere autorización. El beneficio está limitado a \$156 por mes.</p>

PHP 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 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 (800) 263-0067, 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-ca.org.

