Resumen de beneficios 2024

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO)

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

H2960_2024_SummeryBenefits_024_M

1 SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, http://www.seniorcareplus.com.

Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir los beneficios de Medicare

- Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es recibir los beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como el plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

En este manual de Resumen de beneficios se le brinda un resumen de lo que cubre el plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales de Resumen de beneficios correspondientes. También puede usar el Buscador de Planes Medicare en https://www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual **"Medicare y Usted"** vigente. Consúltelo en línea en http://www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones en este manual

- Lo que debe saber acerca del plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP).**
- Primas mensuales del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de medicamentos recetados.

Este documento está disponible en otros formatos, como en braille y letra grande.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-681-9585 (TTY: 711).

Lo que debe saber acerca del plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)

Horario de atención e información de contacto

- Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-888-775-7003, TTY: 711.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-888-775-7003, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: http://www.seniorcareplus.com.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en el plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y recibir cualquier nivel de asistencia de Nevada Medicaid. Si recibe beneficios tanto de Medicare como de Medicaid, significa que es un beneficiario con doble elegibilidad. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City y Washoe.

El plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) admite la inscripción de personas con doble elegibilidad que sean beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés), beneficiarios calificados de Medicare Plus (QMB+, en inglés) o beneficiarios con doble elegibilidad y beneficios totales (FBDE, en inglés).

¿Cuáles son los médicos, hospitales y farmacias que puedo usar?

El plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Generalmente, tiene que usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.seniorcareplus.com).

También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se resumen en este manual.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, http://www.seniorcareplus.com.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use el formulario para identificar en qué nivel está su medicamento y así determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel en el que se encuentre el medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de beneficios: cobertura inicial, lapso en la cobertura y cobertura para casos catastróficos.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Senior Care Plus.

2 SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Prima mensual del plan	$0 por mes. Tiene que seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare. **Aviso:** Si pierde la elegibilidad para la Ayuda adicional, pagará una prima de $32.00.
Deducible	Deducible médico: no corresponde. Deducible por medicamentos recetados: $0 con Ayuda adicional
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	Límite anual en este plan: • $0 por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios médicos y hospitalarios, y pagaremos el costo completo por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando la prima mensual del plan y el costo compartido por los medicamentos recetados de la Parte D.
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS **Si pierde el estado de QMB, QMB+ o FBDE de Medicaid, podría pagar un coseguro del 20 %**	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de $0. Puede requerir autorización previa.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de $0.
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: copago de $0. Puede requerir autorización previa.
Visitas al consultorio médico	Visitas al médico de atención primaria: copago de $0. Visitas al especialista: copago de $0.
Atención preventiva ***(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)***	Usted no paga nada por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	Copago de $0 por visita. Si es ingresado en el hospital dentro de las 12 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de atención de emergencia en todo el mundo: copago de $0.
Servicios de urgencia	Copago de $0 por visita.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de $0. Servicios de laboratorio: coseguro del 0 %. Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], tomografías computarizadas [CAT, en inglés]): coseguro del 20 %. Radiografías: copago de $0. Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): copago de $0.
Servicios de la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de $0. Examen de audición de rutina (hasta 1 por año): Audífonos (hasta 2 audífonos por año): copago de $495 a $1,970.

Servicios dentales	Cubiertos por Medicare: copago de $0. Servicios dentales preventivos: • Examen bucal (hasta 1 visita por año): copago de $0. • Limpiezas (hasta 2 visitas por año): copago de $0. • Radiografías dentales (hasta 1 visita. Otro, describir): copago de $0. Servicios dentales integrales: • Servicios de diagnóstico: copago de $0. • Servicios de restauración: copago de $0. • Endodoncia: copago de $0. • Periodoncia: copago de $0. • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios: copago de $0. Este plan dental pagará hasta un máximo de $2,000 por año calendario.
Servicios de la vista	Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita por año): Nuestro plan paga hasta $400 cada año por un par completo de anteojos o lentes de contacto.
Servicios de salud mental	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: copago de $0 por visita. Visita de terapia individual: copago de $0 por visita.
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Puede requerir autorización previa.
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	Visita de terapia ocupacional: copago de $0 por visita. Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: copago de $0 por visita. Puede requerir autorización previa.
Ambulancia	Ambulancia terrestre: copago de $0. Ambulancia aérea: copago de $0. Puede requerir autorización previa.

Transporte	Copago de $0. 36 viajes de ida o vuelta cada año a una ubicación aprobada por el plan. Puede requerir autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: coseguro del 0 %. Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 0 %. Puede requerir autorización previa.
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
Deducible	Deducible por medicamentos recetados: no corresponde.
Etapa de cobertura inicial	Pagará lo siguiente hasta que el costo anual total de sus medicamentos alcance los $5,030. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagaron tanto usted como nuestro plan de la Parte D. Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento. Llámenos o consulte la **"Evidencia de Cobertura"** del plan en nuestro sitio web (http://www.seniorcareplus.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.

Costo compartido minorista estándar			
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de dos meses**	**Suministro de tres meses**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba	**Copago de $0 a $11.20**, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Nivel 3 (medicamentos genéricos preferidos)</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td></tr>
<tr><td>Nivel 5 (nivel de especialidad)</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td><td>Copago de $0 a $11.20, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba</td></tr>
</table>
Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (http://www.seniorcareplus.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.
</td></tr>
<tr><td>Etapa de lapso en la cobertura</td><td>La Etapa de lapso en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcanza los $5,030.

Luego de que ingrese en la Etapa de lapso en la cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de $8,000, lo que marca el final de la Etapa de lapso en la cobertura.</td></tr>
<tr><td>Monto para la Etapa de cobertura para casos catastróficos</td><td>Usted ingresa a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $8,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</td></tr>
</table>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7003 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-888-775-7003 (TTY: 711).

Senior Care Plus Extensive Duals es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Senior Care Plus Extensive Duals** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima o los copagos o coseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

Tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a tratar a los miembros de Senior Care Plus, salvo en situaciones de emergencia. En cuanto a la decisión de si cubriremos o no un servicio fuera de la red, recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de obtener atención. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su “Evidencia de Cobertura” para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La cobertura médica es ofrecida por Hometown Health Plan, Inc.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión respecto de la inscripción, es importante que entienda íntegramente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar al 1-888-775-7003 (TTY: 711) y hablar con un representante de Servicio al Cliente.

Información sobre los beneficios

- [ ] Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés), especialmente aquellos servicios por los que consulta a un médico habitualmente. Visite http://www.seniorcareplus.com o llame al 1-888-775-7003 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- [ ] Revise el directorio de proveedores y farmacias (o hable con su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta en este momento forman parte de la red. Si alguno de los médicos no figura en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- [ ] Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para surtir sus medicamentos recetados forme parte de la red. Si la farmacia no figura en el directorio, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para surtir las recetas.

Información sobre reglas importantes

- [ ] Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- [ ] Los beneficios, la prima y los copagos o coseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2025.
- [ ] Excepto en situaciones de urgencia o emergencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

MUCHAS GRACIAS

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-888-775-7003, TTY: 711

Nombre de la organización: Senior Care Plus

Sitio web de la organización: http://www.seniorcareplus.com