Resumen de beneficios 2024

Plan Medicare Advantage

Plan Senior Care Plus Patriot (HMO)

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

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 Patriot (HMO).

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 Patriot (HMO)** 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 Patriot (HMO).
- Primas mensuales del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.

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 1-888-775-7003 (TTY: 711).

Lo que debe saber acerca del plan Senior Care Plus Patriot (HMO).

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 Patriot (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City, Storey y Washoe.

¿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.

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.

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 Patriot (HMO)

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	Usted no paga una prima mensual por separado por el plan Senior Care Plus Patriot (HMO). Tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reembolso de la prima de la Parte B	Senior Care Plus reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta un máximo de \$75.

Deducible	Deducible médico: no corresponde.	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	Límite anual en este plan: • \$2,500 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 las primas mensuales.	
,		

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

DEINEI ICIOS MIEDICOS	5 I HOSPITALARIOS COBILITOS	
	Centro preferido:	
Servicios hospitalarios para pacientes	Días 1 a 6: copago de \$250 por día.	
	Días 7 a 90: copago de \$0 por día.	
	Centro no preferido:	
hospitalizados	Días 1 a 5: copago de \$440 por día.	
	Días 6 a 90: copago de \$0 por día.	
	Puede requerir autorización previa.	
Servicios hospitalarios	Centro preferido:	
para pacientes	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$0.	
ambulatorios	Puede requerir autorización previa.	
	Centro preferido:	
	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: copago de \$440.	
Centro quirúrgico para	Centro no preferido:	
pacientes ambulatorios	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: copago de \$440.	
	Puede requerir autorización previa.	
	Centro preferido:	
	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0.	
Visitas al consultorio médico	Visitas al especialista: copago de \$40.	
	Centro no preferido:	
	Visitas al médico de atención primaria: copago de \$10.	
	 Visitas al especialista: copago de \$40.	

Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes) Atención de	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. Copago de \$135 por visita. Si es ingresado en el hospital dentro de las 12 horas, no tiene que pagar su parte
emergencia	del costo de la atención de emergencia. Cobertura de atención de emergencia en todo el mundo: copago de \$135.
Servicios de urgencia	Centro preferido: Copago de \$30 por visita. Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo: copago de \$65. Centro no preferido: Copago de \$65 por visita. Cobertura de atención de urgencia en todo el país: copago de \$65.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$300. Servicios de laboratorio: copago de \$0 a \$120. Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], tomografías computarizadas [CAT, en inglés]): copago de \$0 a \$130. Radiografías: copago de \$60. Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): copago de \$50.
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: co \$50. Examen de audición de rutina (hasta 1 por año): copago de \$0. Audífonos (hasta 2 audífonos por año): asignación de hasta \$400.	

	Cubiertos por Medicare: copago de \$40.	
	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 dentales	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 \$1,500 por año calendario.	
	Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita por año):	
Servicios de la vista	Nuestro plan paga hasta \$250 cada año por un par completo de anteojos o lentes de contacto.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: copago de \$40.	
	Visita de terapia individual: copago de \$40.	
Servicios de salud mental	Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:	
	Días 1 a 6: copago de \$250 por día.	
	Días 7 a 90: copago de \$0 por día.	
	Días 1 a 20: copago de \$20 por día.	
Centro de enfermería	Días 21 a 34: copago de \$150 por día.	
especializada (SNF, en inglés)	Días 35 a 100: copago de \$0 por día.	
	Puede requerir autorización previa.	
Balantin 17	Visita de terapia ocupacional: copago de \$20.	
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: copago de \$20.	
	Puede requerir autorización previa.	
<u> </u>		

Ambulancia	Ambulancia terrestre: copago de \$250. Ambulancia aérea: copago de \$250. Puede requerir autorización previa.
Transporte	Copago de \$0. 24 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 20 %. Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 %. Puede requerir autorización previa.

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 Patriot es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus Patriot 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.

Inform	ación 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.
Inform	mación 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).