

LLAME AL **775-982-3158** o visite **SeniorCarePlus.com** para obtener más información.



2021 GUÍA DE BENEFICIOS

MOTIVO 13

Le brindamos acceso a la atención médica primaria de P3 Health Partners.



Por los motivos más saludables.

Plan Complete CONDADO DE CLARK • CONDADO DE NYE

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

775-982-3158

LA INSCRIPCIÓN ES SENCILLA.

1) Senior Care Plus está disponible para:

- Todos los beneficiarios de Medicare elegibles por edad o discapacidad en los condados de Clark o Nye.
- Los beneficiarios que cuenten con las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico) de Medicare, y que continúen pagando la prima de la Parte B (cuando Medicaid u otro tercero no se encarguen del pago de la misma).

2) Elija sus beneficios

Elija el plan que se ajuste a sus necesidades.

- ### 3) Complete su inscripción en línea en **SeniorCarePlus.com**. También, puede completar su inscripción por teléfono al **775-982-3158** o **888-775-7003** o personalmente en alguna de nuestras oficinas.

- ### 4) Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en Senior Care Plus a través del Centro de inscripción en línea de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), en **medicare.gov**.

MOTIVO 16

Nuestro plan incluye una cobertura dental integral de \$2,000.



OTRA INFORMACIÓN

- Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias, la red de proveedores, las primas y/o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.
- La información sobre beneficios proporcionada es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o con su agente de seguros.
- Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.
- Los miembros pueden estar inscritos en solo un plan de medicamentos con receta de la Parte D a la vez. Tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
- Senior Care Plus es un plan HMO de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

This information is available for free in other languages. Call Customer Service at **775-982-3112** or toll-free at **888-775-7003** for additional information. (TTY users should call the State Relay Service at 711). Telephone hours are Monday-Sunday, 7am-8pm (10/1 - 3/31) and Monday-Friday, 7am-8pm (4/1 - 9/30). We also offer free language interpreter services for non-English speakers.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame al servicio al cliente al **775-982-3112** o llame gratis al **888-775-7003** para obtener información adicional (Usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711). El horario de atención telefónica es de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 10/1 al 3/31) y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 4/1 al 9/30). También ofrecemos servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.

SeniorCarePlus.com

Hometown Health

P3 Health Partners Nevada
Built by Doctors. Loved by Patients.

Medicare Rx
Prescription Drug Coverage

PARA ESTOS PLANES, LOS BENEFICIARIOS DEBEN RESIDIR EN LOS **CONDADOS DE CLARK O NYE.**

Senior Care Plus

SENIOR CARE PLUS SE ENORGULLECE DE OFRECER EL

Plan Complete

Atención primaria proporcionada por P3 Health Partners.

Senior Care Plus tiene el agrado de asociarse con P3 Health Partners para proporcionar la cobertura del plan Complete a los residentes de los condados de Clark y Nye.

Elija el plan Complete y disfrute del acceso preferencial a los centros de P3 Health Partner y reciba miles de dólares en beneficios adicionales por una prima de \$0.

Llame al **775-982-3158** o visite **SeniorCarePlus.com** para inscribirse en el plan Complete hoy mismo.

Inscribirse tiene muchos beneficios y **AQUÍ ENCONTRARÁ SOLO ALGUNOS DE ELLOS:**



Acceso preferencial a los proveedores y servicios de P3 Health Partners



Cobertura para audífonos y examen de audición

Copago de \$0 por visitas al consultorio del médico de cabecera y especialistas



Cobertura de anteojos o lentes de contacto y examen de la vista



Sin prima mensual ni deducible



Incluye el beneficio de inscripción en un gimnasio

\$2,000 de beneficios de servicios dentales integrales



\$50 de beneficio trimestral para artículos de venta libre (OTC)



Los beneficios de su plan

Beneficios HMO	Original Medicare (MONTOS DE 2020)	Plan Complete-019
PRIMA MENSUAL DEL PLAN	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo	Sin gasto máximo de bolsillo	\$2,900 por año
Beneficios fuera de la red	Proveedor asignado por Medicare	Sin cobertura
Atención médica de urgencia/Teladoc	20 % por visita	\$10/\$40 por visita (\$0 Teladoc)
Atención en la sala de emergencias	20 % por visita	\$120 por visita
Visitas al consultorio del médico de cabecera/especialistas	\$198 de deducible/20 % por visita	\$0 por visita/\$0 por visita
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$1,408 de deducible/\$0 días 1 al 60 /\$352 días 61 al 90	\$0 por día
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	20 % por visita	\$0 por visita
Enfermería especializada	\$0 días 1 al 20/\$176 días 21 al 100	\$0 días 1 al 20/\$125 días 21 al 40
Servicios de ambulancia	20 % por viaje	\$225 terrestre/\$295 aéreo
Radiografía/Diagnóstico	20 % por examen	\$0/\$50/\$200 por visita
Servicios de laboratorio de rutina	20 % por examen	\$0 por visita
Terapia física	Copago de 20%	Copago de \$0
Servicios preventivos	Sin copago	\$0 por visita
Suministros para la diabetes/Equipo médico duradero	20 % por artículo	20 % por artículo/suministro
Cobertura de medicamentos con receta durante la etapa de lapso	Sin cobertura	\$2/\$8/\$0 (Niveles 1, 2, 6)
Deducible de medicamentos con receta	Sin deducible	Sin deducible
Medicamentos genéricos preferidos (1)	Sin cobertura	Preferido: \$2/No preferido: \$8 (de 30 días)
Medicamentos genéricos no preferidos (2)	Sin cobertura	Preferido: \$8/No preferido: \$16 (de 30 días)
Medicamentos de marca preferidos (3)	Sin cobertura	Preferido: \$41/No preferido: \$47 (de 30 días)
Medicamentos de marca no preferidos (4)	Sin cobertura	Preferido: \$94/No preferido: \$100 (de 30 días)
Medicamentos especializados (5)	Sin cobertura	Coseguro del 33 %
Medicamentos seleccionados (6)	Sin cobertura	Preferido: \$0/No preferido: \$6 (de 30 días)
Suministro de 90 días de medicamentos en farmacias minoristas/Suministro de 90 días de medicamentos a través de servicio por correo	Sin cobertura	2.5 veces, suministro de 30 días/2 veces, suministro de 30 días
Servicios quiroprácticos	\$198 de deducible/20 % por visita	\$0 por visita
Examen de audición/Cobertura para audífonos	Exámenes de diagnóstico y equilibrio: coseguro del 20 %/ Sin cobertura	\$0 por examen (anual)/2 audífonos Truhearing Advanced o audífonos Premium por año; \$299/\$599
Cuidado de la vista (cobertura de rutina)	Sin cobertura	\$0 por examen, \$150 de asignación
Cobertura dental	Sin cobertura	Beneficios integrales incluidos
Beneficio de acondicionamiento físico	Sin cobertura	Incluido
Beneficio para productos de venta libre	Sin cobertura	\$50 por trimestre

Esta es una lista parcial de los beneficios y no debe ser interpretada como una lista completa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener los detalles completos del plan. Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.