

# LOS BENEFICIOS DE 2022!

## 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.
- Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **775-982-3158** para obtener más información.
- Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.
- Los asegurados 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.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a Servicio al Cliente al **775-982-3112** o llame gratis al **888-775-7003** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio Estatal de Retransmisión de Mensajes al 711). Nuestras horas telefónicas son de 7:00 a 20:00 de lunes a viernes, y los sábados y domingos de 8:00 a 20:00 (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 7:00 a 20:00 (del 1.º de abril al 30 de septiembre). También ofrecemos servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.

**LLAME AL 775-982-3158**

o visite **SeniorCarePlus.com** para obtener más información.

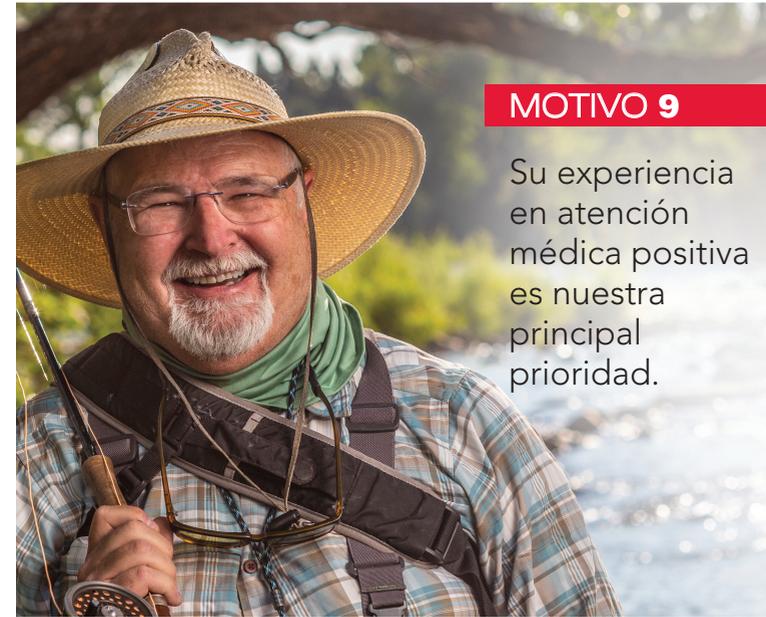


Hometown Health

Renown HEALTH

MedicareRx Prescription Drug Coverage

# GUÍA DE BENEFICIOS 2022



## MOTIVO 9

Su experiencia en atención médica positiva es nuestra principal prioridad.

Por los motivos más saludables.

PLANES MEDICARE ADVANTAGE

**Condado de Washoe • Carson City**

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Hometown Health

Renown HEALTH

# ¡ECHE UN VISTAZO AL INTERIOR PARA VER

## LA INSCRIPCIÓN ES SENCILLA.

- 1) Senior Care Plus está disponible para:
  - Todos los beneficiarios de Medicare elegibles por edad o discapacidad en el condado de Washoe o Carson City.
  - Los beneficiarios que cuenten con la Parte A (seguro de hospital) y la Parte 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**, por teléfono llamando al **775-982-3158** o al **888-775-7003**, o en persona en una de nuestras ubicaciones de consultorios.
- 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 (CMS), en **medicare.gov**.

Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Llame a Servicio al Cliente al **775-982-3112** o de manera gratuita al **888-775-7003** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio Estatal de Retransmisión de Mensajes al 711). El horario de atención telefónica es de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 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). Además, ofrecemos servicios gratuitos de interpretación de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.

PARA ESTOS PLANES, LOS BENEFICIARIOS DEBEN RESIDIR EN EL **CONDADO DE WASHOE** O EN **CARSON CITY**.

Elija su plan para 2022



Beneficios de HMO	Original Medicare (MONTOS DE 2021)	Plan Patriot-009	Plan Essential-012	Plan Select-018	Plan Renown Preferred de Senior Care Plus-023
<b>PRIMA MENSUAL DEL PLAN</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$180</b>	<b>\$0</b>
<b>REEMBOLSO DE LA PARTE B</b>	<b>N/C</b>	<b>\$50</b>	<b>N/C</b>	<b>N/C</b>	<b>N/C</b>
<b>Gasto máximo de bolsillo</b>	Sin gasto máximo de bolsillo	\$2,500 por año	\$3,400 por año	\$2,500 por año	\$3,400 por año
<b>Beneficios fuera de la red</b>	Proveedor asignado por Medicare	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Médico de cabecera (PCP)</b>	\$203 de deducible/20% por visita	\$0 por visita (PCP preferido) \$10 por visita (PCP no preferido)	\$0 por visita (PCP preferido) \$10 por visita (PCP no preferido)	\$0 por visita (PCP preferido) \$10 por visita (PCP no preferido)	\$0 por visita
<b>Visitas a consultorios de especialistas</b>	20% por visita	\$40 por visita	\$50 por visita	\$25 por visita	\$45 por visita
<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	\$1,484 de deducible/\$0 para los días 1 al 60/ \$371 para los días 61 al 90	Preferido: \$250/6 días por período No preferido: \$440/5 días por período	Preferido: \$300/5 días por período No preferido: \$440/5 días por período	Preferido: \$250/4 días por período No preferido: \$440/5 días por período	Preferido: \$300/5 días por período No preferido: \$440/5 días por período
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	20% por visita	Preferido: \$275 por visita/no preferido: \$440 por visita	Preferido: \$275 por visita/no preferido: \$440 por visita	Preferido: \$225 por visita/no preferido: \$440 por visita	Preferido: \$275 por visita/no preferido: \$440 por visita
<b>Enfermería especializada</b>	\$0 para los días 1 al 20/\$185.50 para los días 21 al 100	\$20 para los días 1 al 20/\$150 para los días 21 al 34	\$20 para los días 1 al 20/\$150 para los días 21 al 34	\$20 para los días 1 al 20/\$100 para los días 21 al 34	\$20 para los días 1 al 20/\$150 para los días 21 al 34
<b>Atención en la sala de emergencias</b>	20% por visita	\$120 por visita	\$120 por visita	\$120 por visita	\$120 por visita
<b>Atención médica de urgencia</b>	20% por visita	\$30/\$65 por visita	\$30/\$65 por visita	\$20/\$45 por visita	\$30/\$65 por visita
<b>Teladoc</b>	Sin cobertura	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita
<b>Servicios de ambulancia</b>	20% por viaje	\$250 por viaje	\$250 por viaje	\$250 por viaje	\$250 por viaje
<b>Pruebas de diagnóstico (radiografías, tomografía computarizada [CT], imágenes por resonancia magnética [MRI])</b>	20% por examen	\$60/\$95/\$130 por visita	\$70/\$100/\$135 por visita	\$45/\$65/\$90 por visita	\$60/\$90/\$125 por visita
<b>Servicios de laboratorio de rutina</b>	20% por examen	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita
<b>Servicios preventivos</b>	Sin copago	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita	\$0 por visita
<b>Equipo médico duradero</b>	20% por artículo	20% por artículo	20% por artículo	10% por artículo	20% por artículo
<b>Servicios quiroprácticos</b>	\$203 de deducible/20% por visita	\$20 por visita	\$20 por visita	\$20 por visita	\$20 por visita
<b>Cuidado de la vista (cobertura de rutina)</b>	Sin cobertura	\$25 por examen/\$150 de asignación			
<b>Examen de audición/cobertura para audífonos</b>	Exámenes de diagnóstico y equilibrio: coseguro del 20%/sin cobertura	\$45 por examen (anual)/ 2 audífonos Truhearing por año; \$699/\$999	\$45 por examen (anual)/ 2 audífonos Truhearing por año; \$699/\$999	\$45 por examen (anual)/ 2 audífonos Truhearing por año; \$699/\$999	\$45 por examen (anual)/ 2 audífonos Truhearing por año; \$699/\$999
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>	Sin cobertura/sin cobertura	Incluido: ver lista de gimnasios			
<b>Cobertura dental (Delta Dental)</b>	Sin cobertura/sin cobertura	Atención preventiva incluida	Atención preventiva incluida	\$2,000; atención integral incluida	\$2,000; atención integral incluida
<b>Beneficio para productos de venta libre (OTC) (FieldTex)</b>	Sin cobertura	\$25 por trimestre	\$25 por trimestre	\$75 por trimestre	\$50 por trimestre
<b>Acupuntura (solo para dolor lumbar)</b>	Sin cobertura	\$30 por visita/máximo de 20 visitas			

*\*Todos los copagos son para un suministro de 30 días, a menos que se indique lo contrario. / Farmacias preferidas: Renown y CVS / Suministro de 90 días de medicamentos en farmacias minoristas; usted paga 2.5 veces por un suministro de 30 días / Suministro de 90 días de medicamentos a través de servicio por correo; usted paga 2 veces por un suministro de 30 días.*

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.

PARA ESTOS PLANES, LOS BENEFICIARIOS DEBEN RESIDIR EN EL **CONDADO DE WASHOE** O EN **CARSON CITY**.

Elija su plan para 2022



Beneficios de HMO	Original Medicare (MONTOS DE 2021)	Plan Patriot-009	Plan Essential-012	Plan Select-018	Plan Renown Preferred de Senior Care Plus-023
<b>Deducible anual por medicamentos*</b>	Sin cobertura	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Cobertura de medicamentos con receta durante la etapa de lapso*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$2.50 (Nivel 6)/no preferido: \$8.50 (Nivel 6)	\$0/\$0/\$0 (Niveles 1, 2, 6)	Preferido: \$2.50 (Nivel 6)/no preferido: \$8.50 (Nivel 6)
<b>Medicamentos genéricos preferidos (1)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$5/no preferido: \$11	Preferido: \$0/no preferido: \$6	Preferido: \$5/no preferido: \$11
<b>Medicamentos genéricos no preferidos (2)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$12/no preferido: \$20	Preferido: \$0/no preferido: \$8	Preferido: \$12/no preferido: \$20
<b>Medicamentos de marca preferidos (3)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$41/no preferido: \$47/ahorros para adultos mayores: \$35	Preferido: \$41/no preferido: \$47/ahorros para adultos mayores: \$35	Preferido: \$41/no preferido: \$47/ahorros para adultos mayores: \$35
<b>Medicamentos de marca no preferidos (4)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$94/no preferido: \$100	Preferido: \$94/no preferido: \$100	Preferido: \$94/no preferido: \$100
<b>Medicamentos especializados (5)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
<b>Medicamentos seleccionados (6)*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Preferido: \$2.50/no preferido: \$8.50	Preferido: \$0/no preferido: \$6	Preferido: \$2.50/no preferido: \$8.50
<b>Suministro de 90 días de medicamentos en farmacias minoristas/suministro de 90 días de medicamentos a través de servicio por correo*</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	2.5 veces, suministro de 30 días/2 veces, suministro de 30 días	2.5 veces, suministro de 30 días/2 veces, suministro de 30 días	2.5 veces, suministro de 30 días/2 veces, suministro de 30 días

*\*Todos los copagos son para un suministro de 30 días, a menos que se indique lo contrario. / Farmacias preferidas: Renown y CVS / Suministro de 90 días de medicamentos en farmacias minoristas; usted paga 2.5 veces por un suministro de 30 días / Suministro de 90 días de medicamentos a través de servicio por correo; usted paga 2 veces por un suministro de 30 días.*

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.