

# 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 **702-551-3033** 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 702-551-3033**

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

Senior Care Plus 

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

¡ECHE UN VISTAZO AL INTERIOR PARA VER LOS BENEFICIOS DE 2022!

Hometown Health 

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

Medicare Rx  
Prescription Drug Coverage

Id. del material: H2960\_2022\_P3BAAG\_M (Aceptado por CMS)

LADD/2109-1451024

# GUÍA DE BENEFICIOS 2022



## MOTIVO 17

Proporcionamos transporte de ida y vuelta a las visitas médicas.

Por los motivos más saludables.

## Plan Complete

CONDADO DE CLARK • CONDADO DE NYE

Senior Care Plus 

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

**702-551-3033**

# ¡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 los condados de Clark o Nye.
- 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) Revise los beneficios del plan Complete en el interior.

3) Complete su inscripción en línea en **SeniorCarePlus.com** o por teléfono llamando al **702-551-3033** o al **888-775-7003**.

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.

**SeniorCarePlus.com**

Los beneficios de su plan para 2022

PARA ESTE PLAN, LOS BENEFICIARIOS DEBEN RESIDIR EN LOS CONDADOS DE **CLARK** O **NYE**.

| Beneficios de HMO                                                                                                    | Original Medicare (MONTOS DE 2021)                                          | Plan Complete-019                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>PRIMA MENSUAL DEL PLAN</b>                                                                                        | <b>\$0</b>                                                                  | <b>\$0</b>                                                          |
| <b>Gasto máximo de bolsillo</b>                                                                                      | Sin gasto máximo de bolsillo                                                | \$2,900 por año                                                     |
| <b>Beneficios fuera de la red</b>                                                                                    | Proveedor asignado por Medicare                                             | Sin cobertura                                                       |
| <b>Visitas al consultorio del médico de cabecera/especialistas</b>                                                   | \$203 de deducible/20% por visita                                           | \$0 por visita/\$0 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 | \$0 por día                                                         |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>                                                           | 20% por visita                                                              | \$0 por visita                                                      |
| <b>Enfermería especializada</b>                                                                                      | \$0 para los días 1 al 20/\$185.50 para los días 21 al 100                  | \$0 para los días 1 al 20, \$125 para los días 21 al 40             |
| <b>Atención en la sala de emergencias</b>                                                                            | 20% por visita                                                              | \$120 por visita                                                    |
| <b>Atención médica de urgencia/Teladoc</b>                                                                           | 20% por visita                                                              | \$10/\$40 por visita (\$0 Teladoc)                                  |
| <b>Servicios de ambulancia</b>                                                                                       | 20% por viaje                                                               | \$225 terrestre/\$295 aéreo                                         |
| <b>Pruebas de diagnóstico</b> (radiografías, tomografía computarizada [CT], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 20% por examen                                                              | \$0/\$50/\$200 por visita                                           |
| <b>Servicios de laboratorio de rutina</b>                                                                            | 20% por examen                                                              | \$0 por visita                                                      |
| <b>Servicios preventivos</b>                                                                                         | Sin copago                                                                  | \$0 por visita                                                      |
| <b>Suministros para diabéticos/equipo médico duradero</b>                                                            | 20% por artículo                                                            | 20% por artículo/suministro                                         |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                                                                      | \$185 de deducible/20% por visita                                           | \$0 por visita                                                      |
| <b>Cuidado de la vista</b> (cobertura de rutina)                                                                     | Sin cobertura                                                               | \$0 por examen, \$150 de asignación                                 |
| <b>Examen de audición/cobertura para audífonos</b>                                                                   | Sin cobertura                                                               | \$0 por examen (anual)/2 audífonos Truehearing por año; \$299/\$599 |
| <b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>                                                                         | Sin cobertura                                                               | Incluido                                                            |
| <b>Beneficio para productos de venta libre</b> (Fieldtex)                                                            | Sin cobertura                                                               | \$50 por trimestre                                                  |
| <b>Cobertura dental</b> (Delta Dental)                                                                               | Sin cobertura                                                               | \$2,000; atención integral incluida                                 |
| <b>Deducible anual por medicamentos*</b>                                                                             | Sin deducible                                                               | Sin deducible                                                       |
| <b>Cobertura de medicamentos con receta durante la etapa de lapso*</b>                                               | Sin cobertura                                                               | \$2/\$8/\$0 (Niveles 1, 2, 6)                                       |
| <b>Medicamentos genéricos preferidos (1)*<br/>Farmacia preferida/farmacia no preferida</b>                           | Sin cobertura                                                               | Preferido: \$2/no preferido: \$8 (30 días)                          |
| <b>Medicamentos genéricos no preferidos (2)*</b>                                                                     | Sin cobertura                                                               | Preferido: \$8/no preferido: \$16 (30 días)                         |
| <b>Medicamentos de marca preferidos (3)*</b>                                                                         | Sin cobertura                                                               | Preferido: \$41/no preferido: \$47 (30 días)                        |
| <b>Medicamentos de marca no preferidos (4)*</b>                                                                      | Sin cobertura                                                               | Preferido: \$94/no preferido: \$100 (30 días)                       |
| <b>Medicamentos especializados (5)*</b>                                                                              | Sin cobertura                                                               | Coseguro del 33%                                                    |
| <b>Medicamentos seleccionados (6)*</b>                                                                               | Sin cobertura                                                               | Preferido: \$0/no preferido: \$6 (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.



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 **702-551-3033** 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**

**Copago de \$0 por visitas al consultorio de proveedores de atención primaria y especialistas**



**Sin prima mensual ni deducible**

**\$2,000 de beneficios de servicios dentales integrales**



**Cobertura para audífonos y examen de audición**

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



**Incluye el beneficio de inscripción en un gimnasio**



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



**Transporte de ida y vuelta a las visitas médicas**