

2025

Resumen de beneficios

**Planes Medicare Advantage con Parte D
Cobertura de medicamentos recetados**

Senior Care Plus Plan Select (HMO)

Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Senior Care
Plus 

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 Select (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 Select Plan (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 <https://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 Select (HMO)**.
- 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 Select (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 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los sábados y domingos.
- Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 7 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 Select (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.

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

El plan **Senior Care Plus Select (HMO)** 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 consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<http://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 seis “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: Deducible anual, cobertura inicial 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 Select (HMO)

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

Prima mensual del plan	\$180 por mes. Además, tiene que seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: no corresponde. Deducible por medicamentos recetados: no corresponde.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	Límite anual en este plan: \$1,450 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

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	<u>Centro preferido:</u> Días 1 a 2: Copago de \$175 por día por cada admisión. Días 3 a 90: Copago de \$0 por día. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. <u>Centro no preferido:</u> Días 1 a 5: Copago de \$440 por día. Días 6 a 90: Copago de \$0 por día. Puede requerir autorización previa. Es posible que requieran un referido de su médico.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<u>Centro preferido:</u> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Copago de \$175. Cirugía para pacientes ambulatorios: Copago de \$175. <u>Centro no preferido:</u> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Copago de \$440.

	Cirugía para pacientes ambulatorios: Copago de \$440. Puede requerir autorización previa.
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	<u>Centro preferido:</u> Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: Copago de \$175. <u>Centro no preferido:</u> Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: \$440 Puede requerir autorización previa. Es posible que requieran un referido de su médico.
Visitas al consultorio médico	<u>Preferido:</u> Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0. <u>No preferido:</u> Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$10. Visitas al especialista: Copago de \$5.
Cuidado médico preventivo <i>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</i>	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 \$140 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 \$140.
Servicios de urgencia	<u>Centro preferido:</u> Copago de \$20 por visita. Cobertura de atención de urgencia en todo el país: Copago de \$45. <u>Centro no preferido:</u> Copago de \$45 por visita. Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo: Copago de \$45.
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0 a \$250. Servicios de laboratorio: Copago de \$0 a \$80. Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética)

imágenes	[MRI, en inglés], tomografías computarizadas [CAT, en inglés]): Copago de \$0 a \$90. Radiografías: Copago de \$45. Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): Copago de \$80. Es posible que requieran un referido de su médico.
Servicios de la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$35. Examen de audición de rutina (hasta 1 visita por año): Copago de \$0 Audífonos (hasta 2 audífonos por año): asignación de hasta \$400.
Servicios dentales	Cubiertos por Medicare: Copago de \$0. • 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 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 por año. 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 \$1,500 por año calendario.

Servicios de la vista	Examen para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista (que incluye el examen anual de detección de glaucoma): Copago de \$15. Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita por año): Copago de \$0. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Coseguro del 20 %. Nuestro plan paga hasta \$250 por año por anteojos. Marcos o lentes de contacto: asignación.
Servicios de salud mental	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Copago de \$5. Visita de terapia individual: Copago de \$5. <u>Servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados:</u> Días 1 a 2: Copago de \$175 por día por cada admisión. Días 3 a 90: Copago de \$0 por día. Es posible que requieran un referido de su médico.
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Días -20: Copago de \$20 por día. Días 21 a 34: Copago de \$200 por día. Días 35 a 100: Copago de \$0 por día.
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	Visita de terapia ocupacional: Copago de \$15. Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$15. Puede requerir autorización previa.
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 o \$1,250 por año calendario. Puede requerir autorización previa. Es posible que requieran un referido de su médico.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: Coseguro de 0 % a 20 %. Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro de 0 % a 20 %. Puede requerir autorización previa.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible	Deducible por medicamentos recetados: no corresponde.			
Etapas de cobertura inicial	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	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$117.50
	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 50 %	Coseguro del 50 %	Coseguro del 50 %
	Nivel 5 (especializadas)	Coseguro del 33 %	No corresponde	No corresponde
	Nivel 6 (medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
	Pedido por correo estándar			
	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	No corresponde	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 2 (medicamentos genéricos)	No corresponde	Copago de \$0	Copago de \$0

	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	No corresponde	Copago de \$94	Copago de \$94
	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	No corresponde	Coseguro del 50 %	Coseguro del 50 %
	Nivel 5 (especializadas)	No corresponde	No corresponde	No corresponde
	Nivel 6 (medicamentos de atención médica seleccionados)	No corresponde	Copago de \$0	Copago de \$0
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.				
Monto para la Etapa de cobertura para casos catastróficos	Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de lapso en la cobertura a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.			

Descargos 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 **775-982-3242** (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **775-982-3242** (TTY: 711).

Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare.

La inscripción en **Senior Care Plus** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al **888-775-7003** (TTY: 711). 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.

Para ubicar a personas con necesidades especiales en las reuniones de ventas, llame al **775-982-3158** y al 711 para TTY.

Cada año, Medicare evalúa los planes en función de un sistema de calificación de 5 estrellas.

Un vendedor estará presente con información y solicitudes. La demostración contiene representaciones de actores remunerados.

El plan Extensive Duals es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (dual-eligible, special-needs plan, D-SNP).

Su capacidad de inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.

Consulte el Aviso de prácticas de privacidad en **SeniorCarePlus.com**.

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

Se han realizado todos los intentos posibles para garantizar la precisión de

la información de este documento, pero pueden producirse errores. Consulte su Explicación de Cobertura para obtener información detallada sobre los beneficios.

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 **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 para aquellos servicios por los que consulta a un médico habitualmente.
Visite **SeniorCarePlus.com** o llame al **888-775-7003** (TTY: 711) para consultar una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a 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 forma 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, las primas o 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).

Gracias por revisar su Resumen de beneficios de 2025

Información de contacto: **888-775-7003** (TTY: 711)

Nombre de la organización: **Senior Care Plus**

Sitio web de la organización: **SeniorCarePlus.com**

Folleto en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-775-7003. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-775-7003. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-888-775-7003。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-888-775-7003。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-775-7003. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-775-7003. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-775-7003 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-775-7003. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-775-7003 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-775-7003. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-775-7003. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-775-7003 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-775-7003. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-775-7003. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-775-7003. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-775-7003. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-775-7003 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。