

# **Resumen de beneficios 2026**

**Planes Medicare Advantage con cobertura  
de medicamentos recetados de la Parte D**

**Plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)**

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

# 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 Extensive Duals (HMO D-SNP)**.

### 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 Extensive Duals (HMO D-SNP)** 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 Extensive Duals (HMO D-SNP)**.
- 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 Extensive Duals (HMO D-SNP)

## 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 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y de 8 a. m. a 8 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 Extensive Duals (HMO D-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y recibir cualquier nivel de asistencia de Nevada Medicaid. Si recibe beneficios tanto de Medicare como de Medicaid, significa que es un beneficiario con doble elegibilidad. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City y Washoe.

Es posible que el plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) admita la inscripción de personas con doble elegibilidad que sean [beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés), beneficiarios calificados de Medicare Plus (QMB+, en inglés), o beneficiarios con doble elegibilidad y beneficios totales (FBDE, en inglés)].

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

El plan **Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)** 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 ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web ([www.seniorcareplus.com](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 cinco “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.**

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

### Plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)

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

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b>                       | \$0 por mes. Tiene que seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare.<br>Nota: Si pierde la elegibilidad para la Ayuda adicional, pagará una prima de \$21.30.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Deducible</b>                                    | Deducible médico: No corresponde.<br>Deducible por medicamentos recetados: \$0 con Ayuda adicional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> | Límite anual en este plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$8,300 por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.</li> </ul> <p>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.</p> |

#### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Si pierde el estado de beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés), beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+, en inglés) o beneficiario con doble elegibilidad y beneficios totales (FBDE, en inglés), podría pagar un coseguro del 17 %

|                                                              |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</b> | Usted paga un copago de \$0.<br>Puede requerir autorización previa.<br>Es posible que requieran un referido de su médico.                                  |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>   | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Copago de \$0.                                                                                        |
| <b>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios</b>         | Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: Copago de \$0.<br>Puede requerir autorización previa.<br>Es posible que requieran un referido de su médico. |
| <b>Visitas al consultorio médico</b>                         | Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0.<br>Visitas al especialista: Copago de \$0.                                                          |

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>\$0 Copago de. Atención preventiva</b><br><i>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</i> | <p>Usted no paga nada por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido.</p> <p>Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                                           | <p>Copago de \$0 por visita.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 12 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de atención de emergencia en todo el mundo: Copago de \$0 máximo \$10,000 anual.</p>                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de urgencia</b>                                                                                            | <p>Copago de \$0 por visita.</p> <p>Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo: Copago de \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>                                        | <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], tomografías computarizadas [CAT, en inglés]): Copago de \$0.</p> <p>Radiografías: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): Copago de \$0.</p>                                                    |
| <b>Servicios de la audición</b>                                                                                         | <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$0.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 1 visita por año): Copago de \$0.</p> <p>Audífonos (hasta 2 audífonos por año): Copago de \$495 a \$1,970.</p>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios dentales</b>                                                                                               | <p>Cubiertos por Medicare: Copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (hasta 1 visita por año): Copago de \$0.</li> <li>Limpiezas (hasta 2 visitas por año): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (hasta 1 visita. Otro, describir): Copago de \$0.</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de diagnóstico: Copago de \$0.</li> <li>Servicios de restauración: Copago de \$0.</li> </ul> |

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia: Copago de \$0.</li> <li>• Periodoncia: Copago de \$0.</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios: Copago de \$0.</li> <li>• Este plan dental pagará hasta un máximo de \$2,500 por año calendario.</li> </ul>                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de la vista</b>                               | <p>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista (que incluye el examen anual de detección de glaucoma): Coseguro del 17 %.</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita por año): Copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 por año por anteojos.</p> <p>Marcos o lentes de contacto: Asignación de \$0.</p> |
| <b>Servicios de salud mental</b>                           | <p>Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Visita de terapia individual: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Es posible que requieran un referido de su médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)</b> | <p>Días 1 a 20: Copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$0 por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Es posible que requieran un referido de su médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>          | <p>Visita de terapia ocupacional: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Es posible que requieran un referido de su médico.</p>                                                                                                                                                                                            |
| <b>Ambulancia</b>                                          | <p>Ambulancia terrestre: Copago de \$0.</p> <p>Ambulancia aérea: Copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Transporte</b>                                          | <p>36 viajes de ida o vuelta por año calendario.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> | <p>Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 0 % al 17 %.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 0 % al 17 %.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS - El monto del copago depende del subsidio por ingresos bajos.**

|                                    |                                                       |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible</b>                   | Deducible por medicamentos recetados: no corresponde. |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| <b>Etapas de cobertura inicial</b> | <b>Costo compartido minorista estándar</b>            |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|                                    | <b>Nivel</b>                                          | <b>Suministro de un mes</b>                                             | <b>Suministro de dos meses</b>                                          | <b>Suministro de tres meses</b>                                         |
|                                    | Nivel 1<br>(medicamentos genéricos preferidos)        | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba |
|                                    | Nivel 2<br>(medicamentos genéricos)                   | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba |
|                                    | Nivel 3<br>(medicamentos de marca preferidos)         | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba |
|                                    | Nivel 4<br>(medicamentos no preferidos)               | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba |
|                                    | Nivel 5<br>(especializadas)                           | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba | Copago de \$0 a \$12.65, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba |

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  | <p><b>**El monto que usted paga se determina mediante la receta cubierta por la Parte D y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su Cláusula adicional LIS para conocer el monto específico que paga.</b></p> <p>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.</p> <p>Llámenos o consulte la <b>“Evidencia de Cobertura”</b> del plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.seniorcareplus.com">http://www.seniorcareplus.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p> |
| <b>Monto para la Etapa de cobertura para casos catastróficos</b> | <p>Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## 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 Extensive Duals** es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Senior Care Plus Extensive Duals** 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.

### **Información sobre los beneficios y las reglas**

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.

#### **Información 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.

- ☐ Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **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/coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2026.
- ☐ 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).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP, en inglés). 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.

Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.