



Resumen de beneficios 2026

Premier Care (HMO I-SNP)

H9917, plan 004

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Premier Care (HMO I-SNP) desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2026.

Premier Care (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-844-788-8935, para TTY llame al 711, para obtener más información.

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No se enumeran todos los servicios que están cubiertos ni se detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

Para comunicarse con nuestros representantes del Departamento de Servicios para Miembros:

- Número gratuito: 1-844-788-8935, para TTY/TDD llame al 711.
- Horario de atención: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día Acción de Gracias y Navidad), del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Para inscribirse en Premier Care (HMO I-SNP), debe:

- tener la Parte A y la Parte B de Medicare;
- vivir en nuestra área geográfica de servicio;
- ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los Estados Unidos;

- cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad: nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos. Para ser elegible para nuestro plan, debe residir en uno de nuestros centros de enfermería participantes durante más de 90 días O vivir en un entorno comunitario (incluida una comunidad de vida asistida o de vida independiente) y cumplir con el nivel institucional de atención. El *Directorio de proveedores* del plan tiene una lista de los centros de enfermería participantes. Puede acceder a esta lista en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedirnos que le enviemos una.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Alachua, Broward, Dade, Hillsborough, Lee, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Seminole y Sumter.

Premier Care (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios.

Este documento está disponible gratuitamente en inglés. (This document is available for free in English).

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted de 2026*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar 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.

Beneficios médicos

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Prima mensual del plan <i>(incluye cobertura médica y de medicamentos)</i>	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 Este plan no tiene un deducible médico.
Gasto máximo de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i>	\$2,200 para los servicios dentro de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$100 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 <i>Se requiere autorización previa.</i> \$0 para días adicionales ilimitados <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$0 a \$225 Copago de \$0 para colonoscopia de diagnóstico y extracción de pólipos Copago de \$225 para todos los demás servicios <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$100 <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consultas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	Copago de \$0 Copago de \$10

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)	Copago de \$0
Atención de emergencia	Copago de \$90 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.
Servicios de urgencia	Copago de \$40 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes Procedimientos y pruebas de diagnóstico Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada) Servicios de laboratorio Radiografías para pacientes externos Radiología terapéutica	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i> Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$0 <i>Solo se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</i> Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i> Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare) Servicios cubiertos por Medicare Servicios auditivos (complementarios) Controles de audición de rutina Evaluación/colocación de audífonos Audífonos	Coseguro del 20% Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año \$1,560 por año para ambos oídos combinados NationsBenefits gestiona el beneficio.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) Servicios cubiertos por Medicare Servicios dentales (complementarios) Servicios preventivos e integrales	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$0 para los controles bucales (límite de 2 por año), limpiezas (límite de 2 por año) y tratamientos con flúor (límite de 1 cada 6 meses). Consulte <i>la Evidencia de cobertura</i> para conocer las limitaciones de las radiografías dentales. Máximo: no hay un máximo para los servicios preventivos y \$4,000 por año para los servicios integrales Todos los servicios deben ser proporcionados por Liberty Dental. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el directorio de proveedores de Liberty Dental en línea en libertydentalplan.com/alignseniorcare.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Servicios de la vista (cubiertos por Medicare) Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año Anteojos después de la cirugía de cataratas Prueba de detección de glaucoma Servicios de la vista (complementarios) Examen de la vista de rutina Anteojos de rutina adicionales	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Copago de \$0 Copago de \$0 Límite de 1 consulta cada año \$130 cada año para gastar en lentes, marcos, lentes de contacto o mejoras en anteojos
Servicios de salud mental Consulta de paciente internado Consulta de terapia grupal para pacientes externos Consulta de terapia individual para pacientes externos	Copago de \$100 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$10 Copago de \$20
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por día para los días del 1 al 20 Copago de \$100 por día para los días del 21 al 100 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Fisioterapia	Copago de \$0 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
Ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	Copago de \$250 <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i> Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i>
Transporte <i>(que no sea de emergencia)</i> • Cualquier lugar relacionado con la salud • Necesidades no médicas*	Copago de \$0 Se limita a 24 viajes de ida o vuelta por año The Helper Bees gestiona el beneficio. *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Medicamentos para radiación/quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido depende del medicamento administrado. <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. En el caso de la quimioterapia, se requiere autorización previa solo para la aprobación inicial del medicamento.</i> Coseguro del 0% al 20% El coseguro del 0% es lo mínimo que se puede aplicar a un medicamento reembolsable de la Parte B El coseguro del 20% es lo máximo <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i>

Medicamentos recetados para pacientes externos

Etapas de pago de medicamentos recetados	Beneficios de su plan		
Deducible de medicamentos recetados	\$450 El deducible se aplica a los Niveles 3 a 5. En el caso de los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.		
Cobertura inicial	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,100. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.		
Cobertura de medicamentos por niveles	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$10
Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$45	Copago de \$135	Copago de \$45
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$95	Copago de \$285	Copago de \$95
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 27%	Sin cobertura	Coseguro del 27%
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Beneficios adicionales

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Salón de belleza y barbería*	Copago de \$0 Se limita a 2 consultas por mes Un proveedor preferido en el lugar debe prestar los servicios. *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0
Servicios de diálisis	Coseguro del 20%
Equipo médicos duradero (DME)	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
Alimentos*	\$60 por mes para gastar en alimentos y productos. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año. The Helper Bees gestiona el beneficio. *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
Tarjeta Healthy Living Flex • Productos de venta libre (OTC)	\$250 cada 3 meses para gastar en productos OTC. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año. The Helper Bees gestiona el beneficio.
Servicios de apoyo en el hogar (apoyo con las tareas diarias)	Copago de \$0 Se limita a 75 horas por año Los miembros tienen acceso a un beneficio de Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas. También puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. The Helper Bees gestiona el beneficio.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Terapia ocupacional	Copago de \$0 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Servicios cubiertos por Medicare Cuidado de rutina de los pies	Coseguro del 20% Copago de \$0 Se limita a 6 consultas por año
Terapia del habla	Copago de \$0 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>

*Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo están disponibles para los miembros con ciertas afecciones crónicas. Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:

- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones
- Condiciones con desafíos funcionales
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Trastornos inmunosupresores y por inmunodeficiencia
- Trastornos neurológicos
- Osteoporosis
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Postrasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular