



# Resumen de beneficios 2025

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 2025.**

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](http://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](http://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, Hillsborough, Lee, Miami-Dade, Orange, Pinellas 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](http://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 & You 2025 (Medicare y usted de 2025)*. También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://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
<b>Prima mensual del plan</b> <i>(incluye cobertura médica y de medicamentos)</i>	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0 Este plan no tiene un deducible médico.
<b>Gasto máximo de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i>	\$3,500 para los servicios dentro de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b>	Copago de \$200 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía.  <i>Se requiere autorización previa.</i>  \$0 para días adicionales ilimitados  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  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>
<b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b>	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>

<b>Categoría del beneficio</b>	<b>Beneficios de su plan</b>
<b>Consultas al médico</b>  Proveedor de atención primaria (PCP)  Especialistas	Copago de \$0  Copago de \$0 a \$10 Copago de \$0 solo para el dermatólogo Copago de \$10 para todos los demás especialistas
<b>Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)</b>	Copago de \$0
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$90 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de urgencia</b>	Copago de \$40 por consulta Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes</b>  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
<p><b>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p><b>Servicios auditivos (complementarios)</b></p> <p>Controles de audición de rutina</p> <p>Evaluación/colocación de audífonos</p> <p>Audífonos</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p> <p>\$130 cada mes como parte de una asignación compartida con su tarjeta Healthy Living Flex. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p><b>Servicios dentales (complementarios)</b></p> <p>Servicios preventivos e integrales</p>	<p>Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>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.</p> <p>Máximo: \$1,500 por año para los servicios preventivos y servicios integrales</p> <p>Todos los servicios deben ser proporcionados por <b>Liberty Dental</b>. 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 <a href="http://libertydentalplan.com/alignseniorcare">libertydentalplan.com/alignseniorcare</a>.</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p><b>Servicios de la vista (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</p> <p>Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año</p> <p>Anteojos después de la cirugía de cataratas</p> <p>Prueba de detección de glaucoma</p> <p><b>Servicios de la vista (complementarios)</b></p> <p>Controles de la vista de rutina</p> <p>Anteojos de rutina adicionales</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p> <p>\$130 cada mes como parte de una asignación compartida con su tarjeta Healthy Living Flex. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p>Consulta de paciente internado</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes externos</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes externos</p>	<p>Copago de \$200 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 Copago de \$816 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$10</p> <p>Copago de \$20</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<b>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b>	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2025. Estos son los montos de costo compartido de 2024 y es posible que cambien para 2025. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días del 1 al 20  Copago de \$204 por día para los días del 21 al 100</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<b>Ambulancia</b>  Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea	<p>Copago de \$250  <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p> <p>Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p>
<b>Transporte</b> <i>(que no sea de emergencia)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier lugar relacionado con la salud</li> <li>• Necesidades no médicas*</li> </ul>	<p>Copago de \$0  Se limita a 24 viajes de ida o vuelta por año</p> <p>*Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.</p>





## Medicamentos recetados para pacientes externos

Etapas de pago de medicamentos recetados	Beneficios de su plan		
<b>Deducible de medicamentos recetados</b>	\$400 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.		
<b>Cobertura inicial</b>	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,000. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.		
<b>Cobertura de medicamentos por niveles</b>	<b>Costo compartido minorista estándar</b> (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (un suministro para 90 días como máximo)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b> (un suministro para 31 días como máximo)
<b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2</b> (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$10
<b>Nivel 3</b> (marcas preferidas)	Copago de \$45	Copago de \$135	Copago de \$45
<b>Nivel 4</b> (marcas no preferidas)	Copago de \$95	Copago de \$285	Copago de \$95
<b>Nivel 5</b> (nivel de especialidad)	Coseguro del 25%	Sin cobertura	Coseguro del 25%
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	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 \$2,000, 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
<b>Salón de belleza y barbería*</b>	Copago de \$0 Se limita a 2 consultas por mes con un proveedor preferido en el lugar  *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	Copago de \$0
<b>Servicios de diálisis</b>	Coseguro del 20%
<b>Equipo médicos duradero (DME)</b>	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Tarjeta Healthy Living Flex</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreador de actividad</li> <li>• Animal electrónico de compañía*</li> <li>• Anteojos</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Servicios de apoyo en el hogar</li> <li>• Clases de acondicionamiento físico en línea</li> <li>• Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</li> </ul>	\$130 por mes para gastar en servicios de apoyo en el hogar, rastreador de actividad, clases de acondicionamiento físico en línea, anteojos, audífonos, dispositivo personal de respuesta ante emergencias y un animal electrónico de compañía. Los fondos se transfieren cada período hasta que finalice el año.  The Helper Bees gestiona este beneficio. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información.  *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<b>Alimentos*</b>	<p>\$50 cada mes</p> <p>Los miembros elegibles pueden comprar productos comestibles cubiertos con una tarjeta Healthy Living Flex.</p> <p>*Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.</p>
<b>Terapia ocupacional</b>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<b>Beneficio de productos de venta libre (OTC)</b>	<p>\$250 cada 3 meses para gastar en productos OTC</p>
<b>Servicios de podiatría (atención de los pies)</b>  Servicios cubiertos por Medicare  Cuidado de rutina de los pies	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 6 consultas por año</p>
<b>Terapia del habla</b>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>

\*Los beneficios que se mencionaron son parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. 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
- Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Trastornos pulmonares crónicos
- EPOC
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal terminal (ESRD)
- VIH/SIDA
- Hiperlipidemia
- Hipertensión
- Trastornos neurológicos
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular