



Resumen de beneficios 2026

Senior Care (HMO I-SNP)

H9917, plan 001

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

Senior 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 Senior 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.

Senior 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> | \$4.80 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| Deducible | Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026. El deducible de la Parte A es de \$1,736. El deducible de la Parte B es de \$283. |
| Gasto máximo de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i> | \$9,250 para los servicios dentro de la red |
| Cobertura hospitalaria para pacientes internados | Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026. Usted paga un deducible de \$1,736 por cada estadía cubierta por Medicare Copago de \$0 por día para los días 1 a 60 Copago de \$434 por día para los días 61 a 90 Copago de \$868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) <i>Se requiere autorización previa.</i> |
| Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos | Coseguro del 20% <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 Coseguro del 0% al 20% Coseguro del 0% para el dermatólogo Coseguro del 20% para todos los demás servicios |

| 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 | Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i> |
| Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada) | Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i> |
| Servicios de laboratorio | Copago de \$0 <i>Solo se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</i> |
| Radiografías para pacientes externos | Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i> |
| Radiología terapéutica | Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i> |

| Categoría del beneficio | Beneficios de su plan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios auditivos (complementarios)</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>\$1,560 por año para ambos oídos combinados</p> <p>NationsBenefits gestiona el beneficio.</p> |
| <p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales (complementarios)</p> <p>Servicios preventivos e integrales</p> | <p>Coseguro del 20%</p> <p><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: \$3,000 por año para los servicios preventivos y servicios integrales</p> <p>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.</p> |

| Categoría del beneficio | Beneficios de su plan |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios de la vista (cubiertos por Medicare)</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>Servicios de la vista (complementarios)</p> <p>Examen 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 Límite de 1 consulta cada año</p> <p>\$300 por año para lentes, marcos, lentes de contacto o mejoras de anteojos</p> |
| <p>Servicios de salud mental</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>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026.</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,736 por cada estadía cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 60</p> <p>Copago de \$434 por día para los días 61 a 90</p> <p>Copago de \$868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> |

| Categoría del beneficio | Beneficios de su plan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro de atención de enfermería especializada (SNF) | <p>Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original para 2026. Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$217 por día para los días 21 a 100</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p> |
| Fisioterapia | <p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p> |
| Ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea | <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p> |
| Transporte <i>(que no sea de emergencia)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier lugar relacionado con la salud • Necesidades no médicas* | <p>Copago de \$0 Se limita a 24 viajes de ida o vuelta por año</p> <p>The Helper Bees gestiona el beneficio.</p> <p>*Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.</p> |

| Categoría del beneficio | Beneficios de su plan |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | \$615 El deducible se aplica. | | |
| 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 | 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) |
| Cobertura de medicamentos | Coseguro del 25% | Sin cobertura | Coseguro del 25% |

| Etapas de pago de medicamentos recetados | Beneficios de su plan |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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> |

| Categoría del beneficio | Beneficios de su plan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimentos* | <p>\$35 por mes para gastar en alimentos y productos. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año.</p> <p>The Helper Bees gestiona el beneficio.</p> <p>*Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.</p> |
| Tarjeta Healthy Living Flex <ul style="list-style-type: none"> • Productos de venta libre (OTC) | <p>\$260 cada 3 meses para gastar en productos OTC.</p> <p>The Helper Bees gestiona el beneficio.</p> |
| Servicios de apoyo en el hogar (apoyo con las tareas diarias) | <p>Copago de \$0 Se limita a 60 horas por año</p> <p>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.</p> <p>The Helper Bees gestiona el beneficio.</p> |
| Terapia ocupacional | <p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p> |
| Servicios de podiatría (cuidado de los pies) <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Cuidado de rutina de los pies</p> | <p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 6 consultas por año</p> |
| Terapia del habla | <p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p> |

*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