



## Resumen de beneficios de 2026

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

H3467, plan 001

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

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO-POS 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 1-844-206-3719, los usuarios de TTY deben llamar 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 [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.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: 1-844-206-3719, para TTY/TDD debe llamar 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.º de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1.º de abril al 30.º de septiembre.

**Para inscribirse en ProCare Advantage (HMO-POS 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. 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 [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedirnos que le enviemos una.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Atascosa, Austin, Bandera, Bee, Bexar, Blanco, Bosque, Brazoria, Burnet, Caldwell, Chambers, Cherokee, Clay, Collin, Colorado, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Ellis, Fannin, Fort Bend, Galveston, Goliad, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Hill, Hopkins, Hudspeth, Jack, Jefferson, Johnson, Kendall, La Salle, Lampasas, Lavaca, Lee, Liberty, Matagorda, McMullen, Medina, Mills, Montgomery, Orange, Palo Pinto, Parker, Real, Rockwall, San Jacinto, Somervell, Tarrant, Trinity, Tyler, Van Zandt, Wharton, Williamson, Wilson y Wise.

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com). Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios. Su plan incluye un beneficio de punto de servicio (POS), lo que significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan para recibir determinados servicios. Consulte la tabla de abajo para obtener más detalles. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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 2026 (Medicare y usted de 2026)*. 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>	\$4.80 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	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.
<b>Gasto máximo de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i>	\$9,250 combinados para servicios dentro y fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b>	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>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>  Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b>	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p><b>Consultas al médico</b></p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Copago de \$0 para consultas de atención primaria en el centro de atención de enfermería especializada</p> <p>Coseguro del 20% para todos los demás lugares de servicio</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)</b></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Copago de \$90</p> <p>Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p>	<p>Coseguro del 20% (no debe superar los \$40 por consulta)</p> <p>Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p><b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes</b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada)</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p> <p>Radiología terapéutica</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p><b>Servicios auditivos (complementarios)</b></p> <p>Audífonos</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>\$150 cada 3 meses para gastar en audífonos recetados (ambos oídos combinados)</p> <p>La asignación se incluye como parte de su tarjeta Healthy Living Flex y se comparte con otros beneficios</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<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</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: No hay un máximo de dólares para los servicios preventivos</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/procareadvantage">libertydentalplan.com/procareadvantage</a>.</p> <p>\$150 adicionales cada 3 meses, incluidos como parte de su tarjeta Healthy Living Flex</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>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>\$175 por año para lentes, marcos o lentes de contacto</p> <p>\$150 adicionales cada 3 meses, incluidos como parte de su tarjeta Healthy Living Flex</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>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></p> <p>Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<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 <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<b>Fisioterapia</b>	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Ambulancia</b>  Ambulancia terrestre    Ambulancia aérea	Coseguro del 20%  <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>
<b>Transporte</b> <i>(que no sea de emergencia)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar relacionado con la salud aprobado por el plan</li> </ul>	Copago de \$0 Límite de 30 viajes de ida por año
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b>  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		
<b>Deducible de medicamentos recetados</b>	\$615 El deducible se aplica.		
<b>Cobertura inicial</b>	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.		
<b>Cobertura de medicamentos</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>Cobertura de medicamentos</b>	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 \$2,100, 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
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	Coseguro del 20%
<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>• Atención dental: servicios preventivos</li> <li>• Audición: audífonos recetados</li> <li>• Productos de venta libre (OTC)</li> <li>• Visión: anteojos</li> </ul>	\$150 cada 3 meses para gastar en anteojos, productos OTC, audífonos recetados y servicios dentales preventivos  The Helper Bees gestiona el beneficio.
<b>Servicios de apoyo en el hogar (apoyo con las tareas diarias)</b>	\$420 por año  Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que 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. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas.
<b>Terapia ocupacional</b>	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios de podiatría (atención de los pies)</b>  Servicios cubiertos por Medicare  Cuidado de rutina de los pies	Coseguro del 20%  Copago de \$0 Se limita a 4 consultas por año
<b>Terapia del habla</b>	Coseguro del 20%  <i>Se requiere autorización previa.</i>