



Resumen de beneficios de 2026

ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP)

H3467, plan 002

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

ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-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 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 - Kidney Care (HMO-POS C-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 tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener enfermedad renal crónica (ERC).

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Collin, Dallas, Denton y Tarrant.

ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en 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 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 combinados para servicios dentro y fuera 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> Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p>Consultas al médico</p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Dentro de la red: Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red (POS): Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Copago de \$90</p> <p>Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.</p>
<p>Servicios de urgencia</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>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes</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>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>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>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Coseguro del 20%</p>
<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales (complementarios)</p> <p>Servicios preventivos</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: \$1,000 por año para los servicios preventivos</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/procareadvantage.</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>\$325 por año para lentes, marcos o lentes de contacto</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 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)</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>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</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
Fisioterapia	Dentro de la red: Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa.</i> Fuera de la red (POS): Coseguro del 20%
Ambulancia 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>
Transporte <i>(que no sea de emergencia)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar relacionado con la salud aprobado por el plan 	Copago de \$0 Límite de 100 viajes de ida por año Cada viaje tiene un límite de 20 millas
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%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
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
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
<p>Tarjeta Healthy Living Flex</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Apoyos generales para la vida* • Comestibles* • Productos de venta libre (OTC) 	<p>\$155 cada 3 meses para gastar en acondicionamiento físico, comestibles, productos OTC y servicios públicos</p> <p>The Helper Bees gestiona este beneficio. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</p> <p>* Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.</p>
<p>Terapia ocupacional</p>	<p>Dentro de la red: Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red (POS): Coseguro del 20%</p>
<p>Servicios de podiatría (atención de los pies)</p> <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 8 consultas por año</p>
<p>Terapia del habla</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red (POS): Coseguro del 20%</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:

- Enfermedad renal crónica (ERC)