Resumen de beneficios de 2027

Texas | H3467 | Plan 002

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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

En este documento se resume lo que cubre el plan y lo que usted puede pagar. No enumera todos los servicios, beneficios, límites o exclusiones cubiertos. Para conocer los detalles, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) o comuníquese con el plan para obtener ayuda.

¿Necesita ayuda?

Llame al: 1-844-206-3719 (TTY 711)
Ingrese en: ProCareAdvantagePlan.com

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

Si es miembro y tiene preguntas sobre cómo utilizar sus beneficios, comuníquese con Servicios para Afiliados u obtenga más información en línea en **ProCareAdvantagePlan.com/Access-Your-Benefits**.

Para conocer los términos y condiciones, vaya a la página 13.

Beneficios médicos

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Prima mensual del plan	
La prima mensual del plan incluye cobertura médica y de medicamentos	**$0** Debe continuar pagando su prima de Medicare Part B
Deducible	
Part A	**$1,736** Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2027. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para 2027. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen.
Part B	**$283** Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2027. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para 2027. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen.
Gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)	
El MOOP *no* incluye los medicamentos recetados de la Part D	Sus costos anuales por servicios dentro y fuera de la red (POS, por sus siglas en inglés) combinados no excederán los **$9,850**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados		
	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2027. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para 2027. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen. **Deducible de $1,736** por cada estadía cubierta por Medicare **Copago de $0 por día** para los días **del 1 al 60** **Copago de $434 por día** para los días **del 61 al 90** **Copago de $868 por día** durante un máximo de **60 días adicionales** de por vida	Sí, se requiere autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Consultas al médico		
Proveedores de atención primaria		
	Copago de $0	**No se requiere autorización previa.**
Especialistas		
Dentro de la red	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Fuera de la red (POS)	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)		
	Copago de $0	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Cuidado médico en casos de emergencia		
	Copago de $115 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.	**No se requiere autorización previa.**
Servicios de urgencia		
	Coseguro del 20% (no debe superar los $40 por consulta) Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.	**No se requiere autorización previa.**
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	**Copago de $0**	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada)	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios de laboratorio	**Copago de $0**	Sí, se requiere autorización previa.
Radiografías para pacientes externos	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Radiología terapéutica	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de audición		
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)		
	Coseguro del 20%	**No se requiere autorización previa.**
Servicios dentales		
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios dentales (beneficios adicionales)		
Servicios preventivos e integrales	**Copago de $0** por: • exámenes bucales (hasta **2 por año**) • limpiezas (hasta **2 por año**) • tratamientos con flúor (hasta **1 cada 6 meses**) Se aplican límites a las radiografías dentales. Subsidio de hasta **$2,000 por año** para servicios integrales. Los servicios dentales preventivos no están sujetos a un máximo anual en dólares. Para encontrar un proveedor preferido, busque en la red de proveedores de Liberty Dental. Para crear su cuenta, programar un examen dental, localizar a un proveedor dentro de la red o ver sus beneficios dentales y su subsidio actual, visite **libertydentalplan.com/procareadvantage**, llame a Liberty Dental al 1-866-544-1942 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Afiliados al 1-844-206-3719 para obtener ayuda.	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de la visión		
Servicios de la vista (cubiertos por Medicare)		
Exámenes oftalmológicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**
Prueba de detección de retinopatía diabética	**Coseguro del 20 %** para **1 prueba de detección por año** para miembros con diabetes	**No se requiere autorización previa.**
Anteojos después de la cirugía de cataratas	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**
Prueba de detección de glaucoma	**Copago de $0**	**No se requiere autorización previa.**
Servicios de la vista (beneficios adicionales)		
Examen de la vista de rutina	**Copago de $0** por hasta **1 consulta al año**	**No se requiere autorización previa.**
Anteojos de rutina adicionales	Hasta **$175 por año** para lentes, marcos y lentes de contacto. Para encontrar un proveedor preferido, busque en nuestra red de proveedores del plan. Este beneficio es administrado por NationsVision. Después de su examen de la vista, puede solicitar artículos de visión en línea a través del portal de NationsVision. Su Concierge Médico puede ayudarle a crear su cuenta, programar un examen de la vista, localizar un proveedor dentro de la red o revisar sus beneficios de visión y su subsidio disponible. Para cualquier otra consulta, visite **ProCare.NationsBenefits.com/Vision**, llame a NationsVision al 1-866-680-8377 o comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-844-206-3719 para obtener ayuda.	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de salud mental		
Consulta de paciente internado	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2027. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para 2027. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen. **Deducible de $1,736** por cada estadía cubierta por Medicare **Copago de $0 por día** para los días **del 1 al 60** **Copago de $434 por día** para los días **del 61 al 90** **Copago de $868 por día** durante un máximo de **60 días adicionales** de por vida	Sí, se requiere autorización previa.
Consulta de terapia grupal para pacientes externos	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Consulta de terapia individual para pacientes externos	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)		
	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2027. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para 2027. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen. **Copago de $0 por día** para los días **del 1 al 20** **Copago de $217 por día** para los días **del 21 al 100**	Sí, se requiere autorización previa.
Fisioterapia		
Dentro de la red	**Copago de $0**	Sí, se requiere autorización previa.
Fuera de la red (POS)	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa, salvo** para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.
Ambulancia aérea	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa, salvo** para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.
Transporte		
Que no sea de emergencia	**Copago de $0** para hasta **100 viajes de ida por año** a cualquier sitio aprobado por el plan y relacionado con la salud Cada viaje tiene un límite de 20 millas **Beneficio adicional para miembros elegibles (SSBCI, por sus siglas en inglés)*:** *Algunos miembros pueden ser elegibles para obtener transporte a cualquier lugar si tienen una afección crónica que reúna los requisitos. Debe utilizar Kaizen Health para que los servicios de transporte estén cubiertos. Para crear su cuenta, programar un viaje o revisar su beneficio, visite ProCareAdvantage.KaizenHealth.org, llame a Kaizen Health al 1-866-347-4004 o comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-844-206-3719 para obtener ayuda. ***Importante:** Este beneficio adicional forma parte de los SSBCI. Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte la página 15 para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican.	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Medicamentos recetados de Medicare Part B		
Medicamentos para radiación/quimioterapia	**Coseguro del 0% al 20%** según el medicamento que reciba	Sí, se requiere autorización previa **para algunos medicamentos.** En el caso de la quimioterapia, solo se requiere autorización previa para la aprobación inicial del medicamento
Otros medicamentos de la Part B	**Coseguro del 0% al 20%** según el medicamento que reciba El coseguro del 0% es lo mínimo que se puede aplicar a un medicamento reembolsable de la Part B El coseguro del 20% es lo máximo	Sí, se requiere autorización previa **para algunos medicamentos.**

Part D: Información sobre medicamentos recetados

Etapas de pago del medicamento de la Part D	ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP)
Etapa del deducible	**$0** Este plan no tiene un deducible para medicamentos recetados.
Etapa de cobertura inicial	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los **$2,400**. Consulte la tabla de costos compartidos a continuación para obtener más detalles.
Cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que los costos de bolsillo de sus medicamentos alcancen los **$2,400,** usted paga **$0** por los medicamentos cubiertos de la Part D.

Costo compartido de los medicamentos durante la etapa de cobertura inicial

Cobertura de medicamentos	Minorista estándar (dentro de la red) *Suministro para 30 días como máximo*	Pedido por correo *Suministro para 90 días como máximo*	Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) *Suministro para 31 días como máximo*
Nivel 1 (genéricos preferidos)	**Coseguro del 5%**	**Coseguro del 5%**	**Coseguro del 5%**
Nivel 2 (genéricos)	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**
Nivel 3 (marcas preferidas)	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**
Nivel 4 (medicamento no preferido)	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**	**Coseguro del 25%**
Nivel 5 (nivel de especialidad)	**Coseguro del 33%**	**Sin cobertura**	**Coseguro del 33%**

Vacunas: La mayoría de las vacunas de la Part D están cubiertas a **$0**, incluso antes del deducible.

Insulina: No paga más de **$35 por mes** por la insulina cubierta, sin importar el nivel o el deducible.

Beneficios adicionales

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Suministros para el control de la diabetes		
	Copago de $0	**No se requiere autorización previa.**
Servicios de diálisis		
	Coseguro del 20%	**No se requiere autorización previa.**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Cuidado de los pies		
Servicio de podología (cubierto por Medicare)	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**
Cuidado de rutina de los pies	**Copago de $0** para un máximo de **8 visitas al año**	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Subsidio para una vida saludable		
	Subsidio de $80 por mes La subsidio cubre las siguientes categorías de beneficios: • Acondicionamiento físico • Apoyos generales para vivir (servicios públicos)* • Alimentos* • Productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) • Artículos de higiene personal* Todos los artículos deben comprarse a través de NationsBenefits. El subsidio está precargado en su cuenta para realizar pedidos en línea mediante el portal. Para crear su cuenta, revisar su saldo actual, averiguar qué artículos están cubiertos o hacer un pedido, visite **ProCare.NationsBenefits.com**, llame a NationsBenefits al 1-866-680-8377 o comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-844-206-3719 para obtener ayuda. ***Importante:** Este beneficio adicional forma parte de los SSBCI. Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte la página 15 para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican.	**No se requiere autorización previa.**

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Comidas		
	Comidas después del alta **Copago de $0** por hasta **2 comidas por día durante 7 días** después del alta hospitalaria o de una estadía en un SNF Limitado a **4 veces por año** Comidas para enfermedades crónicas **Copago de $0**hasta **2 comidas por día durante 60 días** (limitado a miembros que califican y tienen enfermedad renal crónica) Este beneficio es administrado por NationsBenefits. Para obtener más información sobre su beneficio o confirmar elegibilidad, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-844-206-3719 para obtener ayuda.	**No se requiere autorización previa.**
Terapia		
Terapia ocupacional		
Dentro de la red	**Coseguro del 20%**	Sí, se requiere autorización previa.
Fuera de la red (POS)	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**
Terapia del habla		
Dentro de la red	**Copago de $0**	Sí, se requiere autorización previa.
Fuera de la red (POS)	**Coseguro del 20%**	**No se requiere autorización previa.**

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

Texas | H3467 | Plan 002

Este documento explica los servicios de cuidado médico y de medicamentos recetados cubiertos por **ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP) válido desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027**.

ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP) de ProCare Advantage, LLC es un plan de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La afiliación depende de la renovación anual del contrato del plan con Medicare.

En este Resumen de beneficios, se explica lo siguiente:

- Qué servicios cubre este plan
- Cuánto puede pagar por esos servicios

¿Necesita ayuda?

Llame al: 1-844-206-3719 (TTY 711)
Ingrese en: ProCareAdvantagePlan.com

Horario de atención
Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad)

Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (excepto los días feriados)

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

No enumera todos los servicios, beneficios, límites, exclusiones ni normas.
Para conocer todos los detalles, visite **ProCareAdvantagePlan.com/Plan-Documents** o llame a Servicios para Afiliados para solicitar una copia de la Evidencia de cobertura, que explica todos los beneficios y las normas del plan.

Quién puede unirse a este plan

Requisitos para inscribirse en **ProCare Advantage - Kidney Care (HMO-POS C-SNP)**:

- Tener **Medicare Part A y Part B**
- Vivir en el **área de servicio** del plan (es decir, debe residir en un condado en el que opera nuestro plan)
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible
- Cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se detallan a continuación

¿Cuáles son los requisitos especiales de elegibilidad? Este plan es para personas que tienen ciertas afecciones médicas. Es posible que califique si tiene alguna de las siguientes afecciones:

- Enfermedad renal crónica (ERC)

Nuestra área de servicio

Texas: Prestamos servicios a los condados de Brazoria, Chambers, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Galveston, Harris, Jefferson, Liberty, Orange y Tarrant.

Proveedores y red

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede encontrar la lista completa de proveedores en nuestro directorio en línea en **ProCareAdvantagePlan.com/Search-Our-Network**.

Este plan es una Organización para el Mantenimiento de la Salud con un beneficio de punto de servicio (HMO-POS, por sus siglas en inglés). Generalmente, usted debe acudir a proveedores de la red del plan. Si acude a proveedores fuera de la red del plan, es posible que el plan no pague esos servicios. Por lo general, la atención que se recibe fuera de la red solo se cubre en casos de emergencia. Si no consulta a su médico dentro de la red, comuníquese con Servicios para Afiliados para determinar si puede haber una excepción. Este plan también incluye un beneficio de POS, lo que significa que puede acudir a proveedores fuera de la red para ciertos servicios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de brindar tratamiento a los afiliados del plan, salvo 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.

Explicación de su cobertura de Medicare o Medicaid

Información de Medicare

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el **manual Medicare y usted 2027**. También puede consultarlo en línea en **www.medicare.gov** o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048.**

Costos compartidos y cobertura de Medicaid

Si está inscrito en Medicaid u otros programas de asistencia, es posible que reciba ayuda para pagar la prima de su plan y algunos gastos de bolsillo. Según su elegibilidad, es posible que no tenga que pagar ciertas primas, copagos o coseguros que se indican en este Resumen de beneficios. La afiliación en este plan no afectará su asistencia.

Las normas sobre la cobertura y los costos compartidos de Medicaid son establecidas por el estado y dependen de su elegibilidad individual.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Algunos beneficios adicionales están disponibles solo para miembros con ciertas afecciones crónicas. Estos se llaman SSBCI.

No todos los afiliados califican. Para ser elegible, el afiliado debe tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que sean potencialmente mortales o que limiten significativamente la salud o funcionalidad general del afiliado. Además, el plan y un proveedor de atención médica deben determinar que el afiliado tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y que requiere un alto nivel de coordinación de la atención. Incluso si un afiliado tiene una afección crónica que califica, es posible que no reciba estos beneficios. La cobertura depende de los criterios específicos de elegibilidad del plan y de una determinación clínica. Es posible que se solicite a los afiliados completar una evaluación con el equipo de atención del plan para confirmar su elegibilidad durante el año.

Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:

- Enfermedad renal crónica (ERC)

Glosario

Coseguro

El porcentaje del monto permitido por el plan que quizá deba pagar por un servicio cubierto. Esto no incluye el costo total del servicio. Por lo general, esto se aplica después de pagar el deducible.

- **Monto permitido por el plan:** Este es el monto que el plan acepta pagar por un servicio cubierto. Lo establece el plan, no el médico ni el hospital.
- **Cargos facturados:** Este es el monto que el proveedor factura por el servicio. Puede ser mayor que el monto aprobado por el plan, pero el plan no utiliza este monto para calcular lo que usted paga.

Copago

Un monto fijo en dólares que usted paga por un servicio cubierto, como una consulta médica o una receta.

Atención integral

Atención que cubre una amplia variedad de necesidades de salud. Esto se extiende más allá de la atención preventiva y la atención de rutina, la atención especializada y la atención para afecciones de salud complejas o en curso.

Costos compartidos

La parte de los costos de atención médica que quizá deba pagar, como copagos, coseguros o deducibles. Estos montos pueden ser diferentes si tiene Medicaid.

Servicios cubiertos

Servicios de atención de la salud que incluye su plan y ayuda a pagar, según las normas del plan.

Deducible

El monto que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar.

Doble elegibilidad

Una persona que califica tanto para Medicare como para Medicaid. La cobertura y los costos pueden variar según el nivel de elegibilidad para Medicaid.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Un tipo de plan médico que normalmente requiere que acuda a médicos y hospitales de la red del plan. Es posible que deba elegir un proveedor de atención primaria y obtener referencias para ver a especialistas. Por lo general, la atención fuera de la red solo se cubre en casos de emergencia.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés)/Ayuda adicional

Un programa federal que ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, como las primas y los copagos.

Medicaid
Un programa federal y estatal que ayuda a pagar los costos de atención médica para personas con ingresos limitados. Las normas y los beneficios varían según el estado.

Médicamente necesario
Atención o suministros necesarios para diagnosticar o tratar afecciones médicas y que cumplan con estándares médicos aceptados.

Medicare
Un programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, y para algunas personas menores de 65 años con discapacidades o ciertas afecciones médicas.

Medicare Advantage (Part C)
Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía de seguro privado que proporciona beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare y, por lo general, incluye cobertura de medicamentos recetados.

Programas de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés)
Programas estatales que ayudan a pagar las primas de Medicare y, en algunos casos, otros gastos de bolsillo para personas elegibles.

Proveedor de la red
Un médico, hospital o centro que trabaja con el plan y acepta fijar los precios de los servicios.

Punto de servicio (POS)
Una función del plan que le permite recibir ciertos servicios cubiertos de proveedores fuera de la red aprobada del plan. Acudir a proveedores fuera de la red puede costar más y puede requerir la aprobación del plan.

Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)
Un tipo de plan de salud que le permite consultar a médicos y hospitales dentro y fuera de la red del plan. Acudir a proveedores de la red suele costar menos. Por lo general, no se requieren referencias.

Prima
El monto que se paga cada mes por la cobertura del plan médico. Según la elegibilidad, es posible que Medicaid u otros programas de asistencia paguen las primas de algunos miembros.

Cuidado preventivo
Cuidado médico que ayuda a prevenir enfermedades o a detectarlas de manera temprana. Esto puede incluir chequeos, pruebas de detección, vacunas y consultas de bienestar.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)
El médico o proveedor de cuidados médicos a quien consulta para recibir atención de rutina y que ayuda a manejar su cuidado médico general.

Autorización previa
Se necesita la aprobación por escrito del plan antes de que se cubran ciertos servicios o medicamentos.

Atención de rutina
Cuidado médico brindado de manera regular o anual para ayudar a mantener su salud. A menudo incluye exámenes anuales para verificar su salud cuando no hay ninguna enfermedad ni lesión.

Especialistas

Un médico que se centra en la atención de una afección o tipo de tratamiento específico.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Beneficios adicionales que algunos planes Medicare Advantage pueden ofrecer a ciertos miembros con afecciones médicas crónicas, cuando las normas de Medicare lo permitan.

Los beneficios de SSBCI no están disponibles para todos los miembros, requieren que el miembro cumpla con criterios de elegibilidad específicos y se ofrecen a discreción del plan. No todos los planes ofrecen beneficios SSBCI.

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.

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 2027. 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.**