

# 2021 Resumen de beneficios

## ProCare Advantage (HMO I-SNP)

### H3467, Plan 001

**Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por ProCare Advantage (HMO I-SNP) desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.**

ProCare Advantage (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. HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization); I-SNP significa Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan).

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para obtener más información, llame al 1-844-206-3719, los usuarios de TTY, deben llamar al 711.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](https://ProCareAdvantagePlan.com) o llame a Servicios para los miembros y solicite una *Evidencia de cobertura*.

#### **Para comunicarse con nuestros Representantes de servicios a los miembros:**

- Llame gratis al 1-844-206-3719, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Atendemos: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

#### **Para inscribirse en ProCare Advantage (HMO I-SNP), es necesario que:**

- Reúna los requisitos para la Parte A de Medicare.
- Esté inscripto en la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio.
- Viva en alguno de nuestros centros de cuidado por más de 90 días. El *Directorio de proveedores* del plan tiene una lista de centros de cuidado participantes. Para consultar esta lista, puede

acceder a nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](https://ProCareAdvantagePlan.com) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar que le enviemos una.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bexar, Brazoria, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Hardin, Harris, Jefferson, Orange, y Tarrant.

ProCare Advantage (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](https://ProCareAdvantagePlan.com). Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, existe la posibilidad de que el plan no pague estos servicios.

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

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible gratis en español.

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual **“Medicare & You”** (Medicare y Usted). Puede consultarlo en <https://www.medicare.gov> o llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes podrían ofrecer beneficios complementarios además de beneficios de la Parte C y beneficios de la Parte D.

	<b>ProCare Advantage (HMO I-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$22.50 Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	El deducible de la Parte B es de \$203.  Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021 para consultas para pacientes hospitalizados o consultas para pacientes hospitalizados de salud mental. \$1,484 de deducible
<b>Monto máximo de costos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$6,700
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021. \$1,484 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$371 de copago diario del día 61 al 90; \$742 de copago diario del día 91 al 150 (días de reserva de por vida).  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Cobertura hospitalaria como paciente externo</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Consultas médicas</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	\$0 de copago para consultas a establecimientos de atención primaria 20% de coseguro para consultas de atención primaria/consultas en el consultorio  20% de coseguro <i>Se requiere una remisión.</i> <i>La autorización solo se requiere para algunas cirugías y procedimientos de radiología.</i>
<b>Cuidado preventivo</b>	Usted no paga nada.

	<b>ProCare Advantage (HMO I-SNP)</b>
<b>Atención de emergencia</b>	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	20% de coseguro hasta un máximo de \$65 El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b>  Pruebas de diagnóstico y procedimientos  Servicios de laboratorio  Servicios de diagnóstico por imagen (ej. resonancias magnéticas, MRI, tomografías computarizadas, CAT Scan)  Radiografías como paciente ambulatorio	20% de coseguro <i>No se requiere autorización cuando los servicios se proporcionan en un centro de cuidados o en un consultorio médico.</i>  \$0 de copago <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio suministrados en cualquier establecimiento de servicio, excepto para pruebas genéticas, las cuales requieren autorización.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización para servicios de diagnóstico por imagen y terapéuticos en el centro de cuidados o consultorio del médico.</i>  20% de coseguro <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se suministra en un centro de cuidados, consultorio médico u hospital.</i>
<b>Servicios auditivos</b>  Evaluación auditiva	20% de coseguro del costo por los servicios auditivos cubiertos por Medicare.
<b>Servicios odontológicos</b> Odontología cubierta por Medicare  <i>Beneficios complementarios</i>  Preventivos	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.   Máximo anual de \$200 para servicios odontológicos de prevención
<b>Atención de la vista</b>  Examen de la vista anual para retinopatía diabética	20% de coseguro para servicios cubiertos por Medicare.

	<b>ProCare Advantage (HMO I-SNP)</b>
<i>Beneficio complementario</i> Examen de la vista de rutina  Anteojos, lentes, marcos, lentes de contacto	Usted paga \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina por año.  Asignación de hasta \$100 de crédito combinado por año.
<b>Servicios de atención de la salud mental</b>  Consultas como paciente hospitalizado  Consulta para terapia de grupo como paciente ambulatorio  Consulta para terapia individual como paciente ambulatorio	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021. \$1,484 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$371 de copago diario del día 61 al 90; \$742 de copago diario del día 91 al 150 (días de reserva de por vida). <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021. \$0 de copago diario del día 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. \$185.50 de copago diario del día 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Período de beneficios de Medicare tradicional <i>Se requiere autorización para servicios de proveedores no capitados.</i>
<b>Fisioterapia</b>	20% de coseguro <i>La autorización previa solo se requiere para servicios suministrados por proveedores no capitados.</i>
<b>Servicios de ambulancia</b> Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i>

	<b>ProCare Advantage (HMO I-SNP)</b>
<b>Transporte (de rutina adicional)</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Traslado de rutina hasta un máximo de 24 viajes por año.</p> <p>Se considera un viaje al traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos para quimioterapia  Otros medicamentos de la Parte B	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Para quimioterapia, solo se requiere autorización para la administración inicial.</i></p> <p>20% de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i></p>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<b>Cuidado del pie (servicios de podiatría)</b> Examen y tratamiento del pie  <i>Beneficio complementario</i> Atención de rutina de los pies	<p>20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por 4 consultas de rutina de los pies por año.</p>
<b>Terapia ocupacional o terapia del habla</b>	<p>20% de coseguro</p> <p><i>La autorización previa solo se requiere para servicios suministrados por proveedores no capitados.</i></p>

	ProCare Advantage (HMO I-SNP)	
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$445 para todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
Costo compartido para medicamentos cubiertos	25% de coseguro	25% de coseguro
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,130, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
Cobertura para situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$6,550, usted pagará la mayor cantidad de: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% de coseguro, o bien,</li><li>• \$3.70 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago para todos los demás medicamentos.</li></ul>	

El costo compartido puede variar dependiendo del punto de servicio (minorista, Centro de atención a largo plazo [Long Term care, LTC]), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si el medicamento con receta es de corto plazo (suministro de 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).

# Lista de verificación previa a la inscripción

## ProCare Advantage (HMO I-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-844-206-3719 (TTY 711).

### Entendiendo los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios para los que usted consulta regularmente a un médico. Visite [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com) o llame al 1-844-206-3719 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar una nueva doctor.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Entender las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se retira de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y / o los copagos / coseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2022.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores)).
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) de atención a largo plazo, un centro de enfermería de LTC (NF), un SNF / NF, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF / IDD) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que su condición hace probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel institucional de atención sean de al menos 90 días.

ProCare Advantage es un plan HMO I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en ProCare Advantage depende de la renovación del contrato. ProCare Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.