MedCare Partners
Health Plan of Texas

2027 RESUMEN DE BENEFICIOS

MedCare Classic (HMO) H5767-001

Condado de Harris, Texas

Beneficios vigentes del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

MedCare Classic (HMO)
H5767-001
1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027

MedCare Partners Health Plan of Texas es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en MedCare Partners Health Plan of Texas depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-866-MCP-TX01 (1-833-627-8924) (TTY 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o consúltela en línea en www.mcpartnerstx.com.

Para inscribirse en **MedCare Classic (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Texas: Harris.

Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros idiomas, como inglés y vietnamita, y en otros formatos, como braille, letra grande u audio.

Para obtener más información, llámenos al 1-866-MCP-TX01 (1-866-627-8901) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto días festivos federales). Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil. También puede visitarnos en www.mcpartnerstx.com.

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
Prima Mensual del Plan *(incluye tanto lo médico como los medicamentos)*	Usted paga $0 Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible	Sin deducible.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo *(No incluye los costos de medicamentos recetados)*	Usted no paga más de $1,500 al año por los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.
Hospitalización	Copago de $200 por día durante los días 1 a 4.

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
	Copago de $0 por día durante los días 5 a 90. Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Hospital Ambulatorio • Servicios ambulatorios • Servicios de observación	Copago de $150 por visita de hospital ambulatorio Copago de $0 por estadía de observación Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Copago de $100 Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Visitas al médico • Proveedores de atención primaria • Especialistas	• Copago de $0 por visita • Copago de $15 por visita Los servicios de especialistas pueden requerir autorización previa y/o referencia.
Atención preventiva *Incluyendo, entre otros:* • Vacunas (contra la influenza, neumocócica, COVID, etc.) • Exámenes de detección de cáncer • Examen de detección de glaucoma • Exámenes de detección de diabetes • Visita anual de bienestar • Capacitación en autocontrol de la diabetes	Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare
Atención de Emergencia • Servicios de emergencia • Cobertura de emergencia mundial	Copago de $150 por visita Copago de $0 hasta $10,000 en cobertura de emergencia mundial

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
Servicios de atención de urgencia	Copago de $0 por visita
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Resonancia magnética (MRI), Tomografía computarizada (CAT Scan) • Radiografías	Para los servicios cubiertos por Medicare, usted paga los montos indicados a continuación. Si recibe varios servicios el mismo día, solo se aplica el copago máximo. • Copago de $200 • Copago de $0 • Copago de $200 • Copago de $0 Los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio pueden requerir autorización previa y/o referencia.
Servicios de Audición • Beneficios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Ajustes y evaluaciones de audífonos • Audífonos (todos los tipos)	 • Copago de $0 • Copago de $0 hasta un examen por año • Copago de $0 para evaluaciones/ajustes ilimitados de audífonos • Copago de $149 por audífono TruHearing Advanced, hasta un audífono por oído cada tres años
Servicios dentales Servicios cubiertos por Medicare **Dental Preventivo** • Exámenes bucales, limpiezas, tratamientos de flúor, radiografías y otros servicios de diagnóstico **Dental Integral** • Servicios restaurativos • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de prostodoncia • Prótesis Maxilofaciales • Cirugía Oral y Maxilofacial	Usted recibe una asignación de beneficio de $2,000 cada año para los beneficios dentales preventivos e integrales combinados. • Copago de $0 • Copago de $0 para servicios preventivos • 20% - 50% del costo • 20% del costo • 20% del costo • 50% del costo • 20% del costo

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
	• 20% del costo Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización previa y/o referencia.
Servicios de la Vista • Beneficios cubiertos por Medicare • Examen de la Vista de Rutina • Anteojos de rutina (lentes para anteojos, monturas para anteojos y lentes de contacto)	• Copago de $0, incluyendo un par de anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas • Copago de $0 para exámenes de la vista de rutina ilimitados cada año • Asignación de $200 para monturas de anteojos y lentes de contacto (en lugar de monturas de anteojos) cada año. • Los lentes para anteojos son ilimitados e incluyen monofocales, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándar. Cualquier costo que supere la asignación anual es responsabilidad del miembro.
Servicios de Salud Mental • Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados • Servicios especializados de salud mental, incluidos los servicios psiquiátricos o Sesiones individuales o Sesiones grupales	• Copago de $200 por día durante los días 1 a 4 Copago de $0 durante los días 5 a 90 $0 durante los días 1 a 60 de reserva de por vida Hasta 190 días de atención psiquiátrica hospitalaria de por vida. • Copago de $15 por sesiones individuales • Copago de $0 por sesiones grupales Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $0 durante los días 1 a 20 Copago de $221 por día durante los días 21 a 100 100% de todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios. Es posible que se requiera autorización previa y/o

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
	referencia.
Rehabilitación Ambulatoria • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Terapia del habla	Copago de $0 Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Ambulancia • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	• Copago de $0 para transportes que no son de emergencia • Copago de $200 para todos los demás transportes terrestres • 20% del costo Los transportes que no son de emergencia pueden requerir autorización previa.
Transporte (de rutina)	Copago de $0 hasta 36 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare • Insulina • Quimioterapia y otros medicamentos	0% - 20% del costo de los medicamentos de la Parte B Copago de $30.00 por un suministro de 30 días de insulinas de la Parte B 0% - 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B, incluida la quimioterapia
Equipo Médico y Suministros • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis • Zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos • Monitores para diabéticos	20% del costo de todo el DME, prótesis, zapatos/plantillas para diabéticos, suministros y monitores Los servicios de DME y prótesis pueden requerir autorización previa.

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
Quiropráctica • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios quiroprácticos de rutina	 • Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare • Copago de $0 para servicios quiroprácticos de rutina. Vea el Paquete Combinado de Quiropráctica y Acupuntura, abajo.
Acupuntura • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios de acupuntura de rutina	 • Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare • Copago de $0 para servicios de acupuntura de rutina. Vea el Paquete Combinado de Quiropráctica y Acupuntura, abajo.
Paquete de Beneficios Combinado: Quiropráctica y Acupuntura	Copago de $0 hasta un total de 30 visitas por año que se pueden usar para servicios quiroprácticos de rutina o servicios de acupuntura de rutina.
Abuso de Sustancias Ambulatorio • Sesiones individuales • Sesiones grupales	 • Copago de $15 por sesión • Copago de $0 por sesión Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Diálisis Renal	20% del costo
Podología • Cubierto por Medicare • Podología de rutina	 Copago de $0 Copago de $0 hasta 6 visitas de cuidado rutinario de los pies por año Es posible que se requiera autorización previa y/o referencia.
Examen Físico Anual	Copago de $0 para un examen físico anual de rutina Es posible que los servicios requieran autorización previa. Puede haber costos asociados con cualquier servicio de radiología diagnóstica realizado junto con el examen anual.

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
Tarjeta Flex	Usted paga $0 por una asignación combinada trimestral de $265 para usar en cualquiera de los siguientes: • Artículos de venta libre (OTC) • Atención Quiropráctica de Rutina • Tratamientos de Acupuntura de Rutina • Masaje Terapéutico • Servicios dentales integrales • Anteojos de la vista • Audífonos recetados (todos los tipos)
Comidas	Copago de $0 hasta 3 comidas por día durante hasta 7 días calendario después de cada alta de un centro para pacientes hospitalizados.
Aptitud Física	Copago de $0 con reembolso de hasta $25 al mes por una membresía de gimnasio o clases de acondicionamiento físico.
Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño	Copago de $0 por una silla para ducha.
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)	Copago de $0 por el beneficio de PERS para recibir servicios de alerta de emergencia de ADT Security Services (ADT). Los miembros tendrán acceso a una oferta personalizable de PERS, que incluye tres (3) soluciones de alerta de emergencia: • Medical Alert Basic (PERS Basic): una unidad para el hogar con un alcance de hasta 300 pies • Medical Alert Plus (PERS Plus): una unidad para el hogar con un alcance de colgante de 600 pies • On-The-Go (PERS On-The-Go): unidad base móvil con detección de caídas opcional Todas las soluciones incluyen: • Comunicación de voz bidireccional con el centro de monitoreo de ADT • Colgantes o pulseras resistentes al agua • Servicio de monitoreo 24/7/365 • El sistema opcional de Detección de Caídas se combina con las soluciones Medical Alert Plus y On-The-Go, y permite a los miembros enviar una alerta al

Primas y Beneficios	MedCare Classic (HMO) (H5767-001)
	centro de monitoreo de clientes de ADT automáticamente cuando se detecta una caída, incluso si no se presiona el botón, así como cuando se presiona el botón de ayuda.
Línea Directa de Enfermería	Copago de $0 por acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a una línea directa de enfermería para preguntas o inquietudes relacionadas con la salud.

Medicamentos Recetados de la Parte D			
Deducible de la Parte D	$0		
Cobertura Inicial	En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente permanecerá en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos del año hasta la fecha alcance **$2,400**.		
	Costo compartido estándar en farmacia minorista (suministro de 30 días)	**Costo compartido estándar en farmacia minorista (suministro de 90 días)**	**Costo compartido por pedido por correo (suministro de 90 días)**
Nivel 1 - Genérico Preferido (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 – Genérico Insulinas	Copago de $3 Copago de $3 o 25% del costo	Copago de $9 Copago de $9 o 25% del costo	Copago de $6 Copago de $6 o 25% del costo
Nivel 3 - Marca Preferida	Copago de $35	Copago de $105	Copago de $70

Insulinas	Copago de $35 o 25% del costo	Copago de $105 o 25% del costo	Copago de $70 o 25% del costo
Nivel 4 - Medicamento No Preferido Insulinas	Copago de $100 Copago de $35 o 25% del costo	Copago de $300 Copago de $105 o 25% del costo	Copago de $200 Copago de $70 o 25% del costo
Nivel 5 - Nivel Especializado Insulinas	33% del costo Copago de $35 o 25% del costo	Suministro a largo plazo no disponible	Suministro a largo plazo no disponible
Nivel 6 - Medicamentos de Atención Selecta (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Cobertura Catastrófica (después de que usted u otras personas en su nombre paguen $2,400)	En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos ofrecidos bajo nuestro beneficio de medicamentos mejorado. Generalmente permanecerá en esta etapa por el resto del año calendario.		
El costo compartido puede cambiar según el punto de servicio (pedido por correo, farmacia minorista, LTC, infusión en el hogar), la farmacia que elija y cuándo ingrese a una nueva fase de las etapas de medicamentos.			
Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina	En una farmacia minorista, usted no pagará más del 25% del costo o $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan (lo que sea menor).		
Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.		
Su costo compartido puede variar según cuándo ingrese a otra fase del beneficio de medicamentos y si califica para la "Ayuda Adicional". Para saberlo, comuníquese con la Oficina del Seguro Social al 1.800.772.1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778.			

Detalles Adicionales e Información de Contacto

¿Quién puede inscribirse?	**Usted debe:** • tener Medicare Parte A y Parte B • vivir en el área de servicio del plan (condado de Harris, Texas) • ser ciudadano de EE. UU. o estar presente legalmente en el país
Teléfono de Servicios para Miembros	**1-866-MCP-TX01 (1-866-627-8901)**
TTY	**711**
Horario de Atención	**1 de octubre al 31 de marzo:** 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) **1 de abril al 30 de septiembre:** 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos federales) Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario se responderán en un día hábil.
Sitio Web	www.mcpartnerstx.com