MedCare Partners
Health Plan of Texas

2027 RESUMEN DE BENEFICIOS

MedCare Focus (HMO C-SNP) H5767-002

Condado de Harris, Texas

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

MedCare Focus (HMO C-SNP)
H5767-002
1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027

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

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios, limitaciones o exclusiones. Para la lista completa, llame al 1-866-MCP-TX01 (1-866-627-8901) (TTY 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura", o consúltela en línea en www.mcpartnerstx.com.

Para inscribirse en **MedCare Focus (HMO C-SNP)**, debe tener Medicare Parte A y Parte B, vivir en nuestra área de servicio y tener diagnóstico de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares. Nuestra área de servicio incluye el condado de Harris, Texas.

Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que para conocer la cobertura y los no paguemos por estos servicios.

costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días. TTY: 1-877-486-2048.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-866-MCP-TX01 (1-866-627-8901) (TTY: 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 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 de días festivos y fuera de horario se responden en un día hábil. También puede visitarnos en www.mcpartnerstx.com.

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
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 $900 al año por los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.
Hospitalización	Copago de $200 por día durante los días 1 a 4. Copago de $0 por día durante los días 5 a 90. Es posible que se requiera autorización previa y/o

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
	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.
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
Servicios de atención de urgencia	Copago de $0 por visita

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
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 Auditivos • Beneficios cubiertos por Medicare • Examen auditivo 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, tratamiento 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 • 20% del costo Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización previa y/o referencia.

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
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. Todo 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 referencia.

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
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 60 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 $20.00 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 del DME y prótesis Copago de $0 para suministros para diabéticos, zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos y monitores para diabéticos Los servicios de DME y prótesis pueden requerir autorización previa.
Quiropráctica • Servicios cubiertos por Medicare • Atención quiropráctica de rutina	• Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare • Copago de $0 para atención quiropráctica de rutina. Vea el Paquete Combinado de Quiropráctica y Acupuntura, abajo.

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
Acupuntura • Servicios cubiertos por Medicare • Tratamientos de acupuntura de rutina	• Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare • Copago de $0 para tratamientos 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 atención quiropráctica de rutina o tratamientos 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 se requiera autorización previa. Puede haber costos asociados con cualquier servicio de radiología diagnóstica realizado junto con el examen anual.
Tarjeta Flex	Usted paga $0 por una asignación **combinada trimestral de $375** 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 preventivos • Servicios dentales integrales

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
	• Anteojos de la vista • Audífonos recetados (todos los tipos) • Alimentos y productos frescos (según disponibilidad bajo el *beneficio de SSBCI a continuación)
Atención Mejorada **(*Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI)) ***	Copago de $0 para acceso a alimentos saludables y productos frescos. Esto se combina con el beneficio de la Tarjeta Flex (arriba). Para calificar, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas y participar en nuestro programa de manejo de atención: • Trastornos cardiovasculares; • Insuficiencia cardíaca crónica; o • Diabetes mellitus * Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.
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 clase 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, con alertas de emergencia de ADT Security Services (ADT): acceso a una oferta personalizable de PERS, con 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

Primas y Beneficios	MedCare Focus (HMO C-SNP) (H5767-002)
	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, disponible con Medical Alert Plus y On-The-Go, envía una alerta automática al centro de monitoreo de ADT al detectar una caída, se presione o no 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.
Masaje Terapéutico	Copago de $0 Se puede acceder a este beneficio a través de la Tarjeta Flex (arriba).

Medicamentos Recetados de la Parte D			
Deducible de la Parte D	$0		
Cobertura Inicial	En esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Permanecerá en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos del año 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 Insulinas	Copago de $30 Copago de $20 o 25% del costo	Copago de $90 Copago de $60 o 25% del costo	Copago de $60 Copago de $40 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 - Atención Selecta (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Cobertura Catastrófica (si usted u otros pagan $2,400)	En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los de nuestro beneficio mejorado. Permanecerá en esta etapa el resto del año calendario.		
El costo compartido puede variar según el punto de servicio (correo, farmacia minorista, LTC, infusión en el hogar), la farmacia elegida y cuándo cambie de etapa de medicamentos.			
Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina	En una farmacia minorista, 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 la fase del beneficio y si califica para "Ayuda Adicional". Llame al Seguro Social: 1.800.772.1213 (lunes a viernes, 7 a.m. a 7 p.m.). TTY: 1.800.325.0778.			

Detalles Adicionales e Información de Contacto

¿Quién puede inscribirse?	**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
	• tener diagnóstico de una de estas afecciones:
	  ○ diabetes mellitus
	  ○ insuficiencia cardíaca crónica
	  ○ trastornos cardiovasculares

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