



# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 SOLIS GUARDIAN PLAN (D-SNP)

Solis Guardian Plan (D-SNP)

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

## Solis Guardian Plan (D-SNP)

Nuestra área de servicio incluye este condado en Florida; **Broward**  
1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

El resumen de beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos, como tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web o llámenos para pedir una copia.

### Para conocer más sobre Medicare:

- Compare sus opciones de Medicare con otros planes. Puede usar el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Conozca más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original; consulte su manual actualizado "Medicare y Usted". Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. El presente documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande o audio.

Para afiliarse al **Solis Guardian Plan (D-SNP)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

### ¿Qué cubre este plan?

- Nuestros planes cubren todo lo que cubre Medicare Original, ¡y más!
- Nuestros planes tienen cobertura para medicamentos con receta (Parte D). Puede consultar la lista (Formulario) completa de medicamentos con receta de Solis en nuestro sitio web.
- Solis cuenta con una red de hospitales, médicos, especialistas, farmacias y otros proveedores listos para atender todas sus necesidades de salud. Puede acceder al Directorio de proveedores en nuestro sitio web. Los servicios están disponibles cuando se usa un proveedor dentro de la red. Los servicios de proveedores fuera de la red no están cubiertos, excepto en casos de emergencia.

### ¿Tiene Alguna Pregunta?

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo con cualquier pregunta que tenga.



**1-844-447-6547 (TTY:711)**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana:  
de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos abiertos  
de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m

Visite nuestra página [www.solishealthplans.com](http://www.solishealthplans.com)

# Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que usted conozca perfectamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para Miembros al 1-844-447-6547 (TTY: 711).

## Conociendo los Beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de toda la cobertura y servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y beneficios antes de inscribirse. Visite [www.solishealthplans.com](http://www.solishealthplans.com) o llame al 1-844-447-6547 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a quienes acude actualmente están en la red. Si no están en la lista, significa que tal vez deba elegir a un médico nuevo.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para obtener cualquier medicamento con receta está en la red. Si la farmacia no está en la lista, tal vez deba elegir una farmacia nueva dónde obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

## Conociendo normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce mensualmente de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros podrán cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en caso de emergencias o urgencias, no cubrimos servicios prestados por proveedores que no están dentro de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores/farmacias).
- Su cobertura actual de atención médica terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene un plan Tricare o Medicare, ya no obtendrá beneficios de esos planes una vez que comience su nueva cobertura.
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica del plan estatal bajo Medicaid.

## Prima mensual del plan

**\$0 - \$37.70** de Prima mensual

Debe continuar pagando su prima de la Parte B.

## Deducible

**\$0** de Deducible

## Máxima responsabilidad de desembolso personal (no incluye medicamentos recetados)

**\$3,400** Solo dentro de la red

De acuerdo con nuestro plan, este es el monto máximo que usted pagará durante el año del plan por servicios médicos aprobados. De alcanzar el monto máximo, usted no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

# Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

## Hospital paciente interno<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago

## Hospital paciente ambulatorio<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago por observación o por estadía

## Centro quirúrgico ambulatorio<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago

## Visitas al médico

Cuidado primario: **\$0** de copago

Especialistas:<sup>A,R</sup> **\$0** de copago

No se requiera autorización para evaluación inicial  
Es posible que se requiera autorización para visitas subsiguientes

**A-** Es posible que se requiera autorización      **R-** Es posible que se requiera un referido

## Cuidado preventivo

**\$0** de copago por todos los servicios preventivos cubiertos de Medicare incluyendo:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal<sup>R</sup>
- Consulta anual de “bienestar”
- Medición de masa ósea<sup>R</sup>
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)<sup>R</sup>
- Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Prueba de enfermedad cardiovascular<sup>R</sup>
- Prueba de detección de cáncer vaginal y cervical<sup>R</sup>
- Prueba de detección de cáncer colorrectal<sup>A, R</sup> (colonoscopia, prueba de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Prueba de detección de HIV
- Inmunizaciones
- Prueba de detección de cáncer de pulmón<sup>R</sup>
- Terapia de nutrición médica<sup>R</sup>
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare<sup>R</sup>
- Prueba de detección y terapia para la obesidad<sup>R</sup>
- Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo abusivo de alcohol
- Asesoramiento y prueba de detección de infecciones de transmisión sexual<sup>R</sup>
- Asesoría para abandonar el tabaquismo<sup>R</sup> (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

## Atención de emergencia<sup>A</sup>

**\$0** de copago

Emergencias internacionales - máximo de **\$75,000** de beneficio anual  
**\$0** de copago

## Servicios que se necesitan con urgencia

**\$0** de copago

**A-** Es posible que se requiera autorización      **R-** Es posible que se requiera un referido

**Preguntas:** 1-844-447-6547 (TTY: 711)

## Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por imágenes

### Pruebas /Procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare: <sup>R</sup>

**\$0** de copago: Centro no hospitalario dentro de la red

**\$0** de copago: Centro hospitalario

---

### Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare: <sup>R</sup>

**\$0** de copago: Centro no hospitalario dentro de la red

**\$0** de copago: Centro hospitalario

---

### Servicios de radiografías cubiertos por Medicare: <sup>A,R</sup>

**\$0** de copago: Centro no hospitalario dentro de la red

**\$0** de copago: Centro hospitalario

---

### Servicios de diagnósticos radiológicos cubiertos por Medicare (por ejemplo, CT, MRI, etc.): <sup>A,R</sup>

**\$0** de copago: Centro no hospitalario dentro de la red

**\$0** de copago: Centro hospitalario

---

### Servicios terapéuticos de radiografías cubiertos por Medicare: <sup>A,R</sup>

**\$0** de copago: Centro no hospitalario dentro de la red

**\$0** de copago: Centro hospitalario

## Servicios de audición<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago Examen de audición y evaluación de audífonos ilimitados

**\$1,500** de subsidio para audífonos, ambos oídos combinados al año

Este plan ofrece una Tarjeta Flex que le permite pagar costos adicionales a su cobertura para servicios dentales, de la visión y audición con una tarjeta prepagada. Para más detalles, consulte la sección de Beneficios adicionales.

**A-** Es posible que se requiera autorización

**R-** Es posible que se requiera un referido

## Servicios dentales

### Preventivos<sup>R</sup>

Examen oral \$0 de copago, 2 al año

Limpieza profiláctica \$0 de copago, 2 al año

Tratamiento de flúor \$0 de copago, 2 al año

Radiografías dentales \$0 de copago – 2 series de aleta de mordida y 1 panorámica al año

### Integrales<sup>A,R</sup>

Limpieza Profunda: Raspado y Limadura de raíces \$0 de copago, 2 visitas al año

Extracciones \$0 de copago - Ilimitadas

Tratamiento de conducto \$0 de copago, 1 al año (2 visitas al año)

Dentaduras postizas \$0 de copago – Dentaduras postizas cada 5 años (1 dentadura completa o 2 parciales) y 1 realineación al año

Coronas y empastes dentales \$0 de copago, 2 coronas al año y 1 empaste (3 visitas al año)

Este plan ofrece una Tarjeta Flex que le permite pagar costos adicionales a su cobertura para servicios dentales, de la visión y audición con una tarjeta prepagada. Para más detalles, consulte la sección de Beneficios adicionales.

## Servicios de la vista<sup>A,R</sup>

\$0 de copago, 1 Examen de la vista al año

\$300 de subsidio anual para lentes de contacto; anteojos (cristales y marcos)

Este plan ofrece una Tarjeta Flex que le permite pagar costos adicionales a su cobertura para servicios dentales, de la visión y audición con una tarjeta prepagada. Para más detalles, consulte la sección de Beneficios adicionales.

**A-** Es posible que se requiera autorización      **R-** Es posible que se requiera un referido

**Preguntas:** 1-844-447-6547 (TTY: 711)

## Servicios de salud mental

Hospitalización - Psiquiatría <sup>A,R</sup> **\$0** de copago

---

Servicios de especialidad de salud mental<sup>R</sup> **\$0** de copago - Sesiones individuales  
(Cubierto por Medicare) **\$0** de copago - Sesiones grupales

## Centro de enfermería especializada<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago

Requisito previo de admisión al hospital de la red 2 días antes

## Servicios de rehabilitación (Servicios de terapia física y patologías del habla)<sup>A,R</sup>

**\$0** de copago

## Ambulancia<sup>A</sup>

**Servicios de ambulancia por tierra cubiertos por Medicare** (solo viaje en una dirección):

**\$0** de copago

---

## Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare:

**\$0** de copago

Se requiere autorización para servicios de Medicare que no sean de emergencia

## Transporte<sup>R</sup>

**\$0** de copago

Viajes ilimitados hasta lugares relacionados a asuntos de salud aprobados por el plan a través de nuestro proveedor de transporte. Los miembros pueden solicitar Uber o Lyft.

## Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>A</sup>

**\$0** de copago

Medicamentos de quimioterapia/radiación y otros medicamentos de la Parte B de Medicare

El costo compartido de la insulina para un suministro de un mes está sujeto a un límite de coseguro de \$35 para la insulina.

**A-** Es posible que se requiera autorización

**R-** Es posible que se requiera un referido



# Beneficios Adicionales

## Tarjeta Healthy Living

**\$160** de subsidio mensual en una tarjeta prepagada que puede utilizarse para pagar el alquiler, servicios públicos, comestibles y transporte.

## Tarjeta Flex (Atención dental, de la vista y de la audición)

**\$1,000** de subsidio anual en una tarjeta prepagada para pagar costos de desembolso personal o servicios adicionales para cuidados dentales, de la visión o audición. Subsidio para beneficios incluidos en su grupo de beneficios suplementarios combinados de atención dental, de la visión y de la audición.

## Artículos de venta sin receta (OTC)

**\$125** al mes para productos de venta sin receta aprobados por el plan y productos relacionados con la salud. Visite nuestro sitio web o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para solicitar un catálogo de OTC.

## Medicamentos para la disfunción eréctil (ED)

Tiene cobertura por hasta 6 pastillas al mes (versiones genéricas: Cialis y Viagra)

## Papa™ A,R (Apoyo a domicilio/Compañía)

**100 horas** en total al año (máximo 10 horas al mes)

Papa conecta a los miembros con amigos para que reciban compañía y ayuda con las actividades y tareas cotidianas como conversar, ayuda con la tecnología, limpieza ligera, lavar la ropa, organización, transporte para diligencias y más.

## Silver&Fit®R (Acondicionamiento físico)

**\$0** de copago

Manténgase activo con Silver&Fit®: Una membresía para acondicionamiento físico que ofrece instalaciones de gimnasios y recursos en casa, incluyendo clases de entrenamiento en línea y kits para acondicionamiento físico en casa sin costo adicional para usted.

## Comidas<sup>A</sup>

2 comidas al día por 7 días después de una cirugía u hospitalización, para hospitalizaciones ilimitadas.

**A-** Es posible que se requiera autorización      **R-** Es posible que se requiera un referido

## Línea directa a enfermería las 24 horas

Solis Health Plans ofrece una Línea directa a enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana para proveer asesoramiento y atención en caso de síntomas o preguntas relacionadas con la salud a través del 1-833-371-9569 (TTY/TDD:711).

## Servicios quiroprácticos <sup>A,R</sup>

**\$0** de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare cuidados de rutina ilimitados

Puede que se requiera autorización después de 12 visitas

## Servicios de podología <sup>A,R</sup>

**\$0** de copago - Cuidados de rutina ilimitados

Puede que se requiera autorización después de la evaluación inicial y los primeros 11 tratamientos

## Acupuntura<sup>A</sup>

**\$0** de copago por hasta 24 visitas

Puede que se requiera autorización después de 12 visitas

## Equipos/Suministros médicos

Suministros para diabéticos **\$0** de copago

Zapatos o plantillas terapéuticos para diabéticos <sup>A</sup> **\$0** de copago

Los suministros y servicios para diabéticos tienen fabricantes de preferencia

---

Equipo médico duradero <sup>A</sup> **\$0** de copago

- Ventiladores cubiertos por Medicare
- Estimuladores de crecimiento óseo
- Concentradores portátiles de oxígeno
- Equipo bariátrico
- Camas especializadas
- Sillas de ruedas personalizadas
- Elevadores de asientos
- Artículos de marcas especializadas

---

Todos los demás equipos médicos duraderos **\$0** de copago

---

Dispositivos prostéticos <sup>A</sup> **\$0** de copago

- Dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare

El plan tiene proveedores/fabricantes preferidos de Equipo médico duradero (DME)

**A-** Es posible que se requiera autorización      **R-** Es posible que se requiera un referido

# Beneficios de medicamentos con receta

## Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas:

Nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para más información.

## Mensaje importante sobre lo que paga por insulina:

Usted no pagará más de \$35 por un suministro por un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

## Deducible

El monto de su deducible es \$0 o \$545, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.

## Cobertura inicial

Usted permanece en esta etapa hasta que el monto total de sus medicamentos con receta, que usted y nuestro plan de la Parte D pagan, alcance los **\$5,030**

Puede encontrar su monto de copago o coseguro en la siguiente tabla:

<b>NIVELES</b>	Suministro estándar para 30 días de medicamentos al por menor	Suministro estándar para 90 días de medicamentos al por menor	Suministro para 30 días de medicamentos al por menor fuera de la red	Suministro de pedido por correo para 90 días
<b>Nivel 1: Genérico preferido</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 2: Genérico</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 3: Marca preferida</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	No disponible
<b>Nivel 4: Medicamento sin preferencia</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	No disponible
<b>Nivel 5: Especialidad</b>	25% de coseguro	No disponible	25% de coseguro	No disponible
<b>Nivel 6: Medicamentos suplementarios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

## Período sin cobertura

Después de que sus costos totales anuales por medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los **\$5,030**, usted entra en Período sin cobertura.

En esta etapa, su costo por los Niveles 1 al 4 es el mismo y usted pagará el 25% del costo del plan por todos los demás medicamentos cubiertos mientras esté en el Período sin cobertura.

## Cobertura Catastrófica

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso personal han alcanzado el límite de **\$8,000** para el año calendario. Una vez en la Etapa de cobertura catastrófica, usted pagará el monto mayor de las siguientes: \$4.50 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$11.20 de copago por todos los demás medicamentos, o un coseguro del 5%.

## Cobertura para medicamentos con receta cuando tiene “Ayuda Adicional”

Las personas con “Ayuda Adicional” pagarán un monto diferente de copago o coseguro por los medicamentos de la Parte D. El monto que pagará dependerá de su nivel de calificación.

Nivel de “Ayuda Adicional”	El monto de su costo compartido por medicamentos genéricos/preferidos de fuentes múltiples no es mayor que	El monto de su costo compartido por todos los otros medicamentos no es mayor que
Nivel 1	\$4.50	\$11.20
Nivel 2	\$1.55	\$4.60
Nivel 3	\$0	\$0
Nivel 4	CMS realizará la transición de los beneficiarios de LIS 4 a LIS 1	

Los montos cambian anualmente. Para obtener la información más actualizada, visite nuestro sitio web [www.solishealthplans.com](http://www.solishealthplans.com).

Solis Health Plans Inc., es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Solis Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Esta información no incluye la descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-447-6547 (TTY: 711). Estamos abiertos el 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.