

# Resumen de Beneficios Select Health Medicare.

NEVADA | 2025

El Resumen de Beneficios tiene el propósito de ayudarlo a entender lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

## ¿Quién puede afiliarse a Select Health Medicare (HMO)?

Para afiliarse, debe estar inscrito en la Parte A y Parte B de Medicare y vivir en una de nuestras áreas de servicio.

Los siguientes condados de Nevada están incluidos en nuestras áreas de servicio: Condados de Clark y Nye.

## ¿Qué es una HMO?

Un plan Medicare Advantage HMO tiene una red establecida de médicos, proveedores y hospitales donde debe recibir atención, excepto atención de emergencia y cuidados de urgencia fuera del área.

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Nuestros planes están en la red de Select Health Medicare. Incluye una amplia variedad de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red y no es una atención de urgencia o emergencia, puede que el plan no pague por estos servicios. Puede ver nuestros directorios de proveedores y farmacias más actualizados en nuestro sitio web: [selecthealth.org/medicare](https://selecthealth.org/medicare). O, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios.

## Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo por internet en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## CÓMO CONTACTARNOS

Llámenos al teléfono gratuito **855-442-9940 (TTY: 711)** o visite [selecthealth.org/medicare](https://selecthealth.org/medicare).

### Horario de atención:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:**  
de lunes a domingo de  
8:00 a. m. a 8:00 p. m.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:**  
de lunes a viernes de  
8:00 a. m. a 8:00 p. m.,  
cerrado los fines de semana.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá la llamada dentro de un día hábil.

---



# Select Health Medicare + Kroger (HMO)

H1994\_021

Condados de Clark y Nye en Nevada.

BENEFICIO	COSTO
<b>Monto de la prima</b>	\$0
<b>Deducible médico</b>	\$0
<b>Gastos de bolsillo máximos para miembros</b> No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$1,000
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados*</b> Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes internados. Todos los días. No hay límite para el número de días cubiertos por el plan para cada estadía en el hospital.	\$0 de copago por día
<b>Cobertura para centros ambulatorios*</b>	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$0 de copago
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	\$0 de copago
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista	\$0 de copago
<b>Atención preventiva</b>	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia (en todo el mundo)</b>	
El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$140 de copago
<b>Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo)</b> Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$10 de copago
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes*</b> Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$0 de copago
Servicios de radiología de diagnóstico (tales como MRI, tomografías computarizadas)	\$60 de copago
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro

<b>Servicios de audición</b>	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$0 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Los copagos por prótesis auditivas no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$499 o \$799 de copago por prótesis
<b>Servicios dentales*</b>	
Servicios dentales cubiertos por Medicare limitados relacionados con una condición médica.	\$0 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2,500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de coseguro
Servicios dentales complejos	\$0 de coseguro
<b>Servicios de la vista</b>	
Examen ocular relacionado con una condición médica	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto	\$200 de asignación
<b>Servicio de salud mental para pacientes internados*</b>	
Días 1 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida 1-60	\$0 de copago
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	
Terapia individual	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
Hospitalización parcial*	\$55 de copago
<b>Beneficio de alimentación</b> Los miembros con una condición médica crónica que reúna los requisitos pueden utilizar su tarjeta de beneficios flexible para comprar alimentos en los supermercados Smith's.	\$60 de asignación cada mes
<b>Bienestar a su manera con artículos de venta libre</b> Reciba dinero en su tarjeta pre cargada de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso y artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	Asignación de \$250 al año
<b>Acupuntura (cubierto por Medicare)</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia*</b> Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$250 de copago
<b>Atención quiropráctica*</b>	\$0 de copago

\*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
<b>Cuidado del pie (servicios de podiatría)</b>	
Exámenes y tratamientos del pie para los servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago
<b>Cuidado de los pies de rutina</b>	
Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$0 de copago
<b>Atención médica en el hogar*</b>	\$0 de copago
<b>Centro de atención para pacientes terminales</b>	Cubierto por Original Medicare
<b>Comidas tras el alta*</b>	
Después del alta hospitalaria para pacientes internados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
<b>Equipos médicos y suministros</b>	
Muletas, bastones y andadores	20% de coseguro
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	
Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B.	0-20% de coseguro
Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
<b>Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)</b>	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
<b>Diálisis renal</b>	
Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
<b>Centro especializado de enfermería (SNF)*</b>	
Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago por día
Días 21 a 40	\$125 de copago por día
Días 41 a 100	\$0 de copago
<b>Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)</b>	
Terapia individual	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
<b>Servicios de telemedicina</b>	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$0 de copago
<b>Transporte (de rutina)</b>	\$0 de copago por 60 viajes de una sola vía

## SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

### Select Health Medicare + Kroger (HMO) 021

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial. No hay deducible de farmacia en este plan.

Durante la etapa inicial de cobertura, usted paga su copago y nosotros pagamos el resto. Permanecerá en esta fase hasta que el importe de sus gastos totales de medicamentos en lo que va de año alcance \$ 2,000 en gastos de bolsillo anuales, fijados por Medicare. Una vez que alcance ese monto, pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario hasta el 31 de diciembre. Usted no paga nada.

### DEDUCIBLE DE FARMACIA

Niveles 1 y 2 (Genéricos)	\$0					
Niveles 3, 4 y 5 (medicamentos de marca y no preferidos)	\$0					
		<b>Minorista preferido</b>	<b>Minorista estándar</b>	<b>Pedido por correo</b>		
		<b>SUMINISTRO PARA 30 DÍAS</b>	<b>SUMINISTRO PARA 100 DÍAS</b>	<b>SUMINISTRO PARA 30 DÍAS</b>	<b>SUMINISTRO PARA 100 DÍAS</b>	<b>SUMINISTRO PARA 100 DÍAS</b>
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$0	\$0	\$15	\$45	\$0	\$0
Nivel 3 (Marca preferida)	\$40	\$120	\$47	\$141	\$40	\$120
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$90	\$270	\$100	\$300	\$90	\$270
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	33% de coseguro	N/A	33% de coseguro	N/A	33% de coseguro	N/A

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

### Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Medicamentos recetados para la diabetes del Nivel 1 están cubiertos sin costo para usted.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.

\*El servicio puede requerir autorización previa.



## Beneficios adicionales.

El plan Select Health Medicare + Kroger (HMO) viene con algunos grandes beneficios adicionales.

### Beneficio en comestibles Kroger

Si padece una condición médica crónica que reúne los requisitos, recibirá un beneficio mensual de \$60 para comprar alimentos saludables en los supermercados Kroger.

Use su tarjeta Select Health Medicare de Beneficios Flexibles en los supermercados Kroger de todo el país, incluidos Smith's, Fred Meyer, King Soopers y City Market, para comprar artículos tales como:

- Frutas frescas: manzanas, bananas, uvas, naranjas.
- Verduras: brócoli, zanahorias, espinacas, pimientos.
- Panes y productos integrales: pan integral, arroz integral, quinoa, pasta.
- Proteínas: pechuga de pollo, pavo molido, huevos, frijoles enlatados.
- Lácteos: leche, yogur, queso.
- Bocadillos: frutos secos, barras de cereales, palomitas.
- Lo esencial en la despensa: aceite de oliva, salsa para pasta, especias.
- Bebidas: té de hierbas, café, zumo de frutas.

Nota: Elementos tales como el alcohol, el tabaco y los artículos no alimenticios no están cubiertos.

### Membresía Boost

Disfrute los beneficios de una membresía Kroger Boost.

### Costos reducidos de recetas

Cuando surta sus recetas cubiertas en las farmacias Kroger, disfrutará de un copago reducido en comparación con el surtido en otras farmacias minoristas.



Escanee el código QR para obtener más información sobre estos beneficios.

### Dental

Usted obtiene \$2,500 de servicios dentales preventivos, básicos y complejos sin costo adicional.

Beneficio	Costo
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2,500
Servicios dentales preventivos: dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago

### Audición

Cubrimos las evaluaciones diagnósticas de la audición y el equilibrio y disponemos de varios niveles de prestaciones de audífonos para ayudarle a afrontar la pérdida de la audición.

Beneficio	Costo
Examen de audición de rutina (uno al año).	\$0 de copago
Prótesis auditiva avanzada de TruHearing	\$499
Prótesis auditiva premium de TruHearing	\$799

IMPORTANTE: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

### Vista

Este plan incluye servicios de la vista y una **asignación anual de \$200** para utilizar en monturas o lentes de contacto cada año, para que siga viendo con claridad.





Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO y SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Algunos de los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Las condiciones médicas crónicas elegibles incluyen diabetes, hipertensión, trastornos músculo-esqueléticos, afecciones pulmonares y cáncer, así como otras condiciones no mencionadas. La elegibilidad para los beneficios no se basa únicamente en su condición médica, sino que deben cumplirse todos los requisitos de elegibilidad antes de que se proporcionen los beneficios. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

Select Health Medicare **1-855-442-9900** (TTY: 711) /  
Select Health: **1-800-538-8038**

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電。

© Select Health 2024. Todos los derechos reservados. 08/24  
Y0165\_SB\_H1994\_021\_3133780\_M



## Servicios de Intérprete Multilingüe

1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health sigue las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de manera diferente por su raza, color, origen étnico o de dónde viene, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos alternativos comunicándose con Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**.

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-442-9900**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng

tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch, viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي

أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيقوم شخص

ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Português:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-442-9900** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。