



**RESUMEN DE BENEFICIOS  
DEL 1 DE ENERO DE 2026  
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026**

El Plan de salud SECUR es un tipo específico de plan de salud HMO I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan de salud SECUR depende de la renovación de este 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 1.833.767.3287 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en [www.securhealthplan.com](http://www.securhealthplan.com).

Para inscribirse en el Plan de salud SECUR, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B, vivir en el área de servicio del plan y tener necesidades institucionales. El área de servicio incluye los condados enumerados en la primera fila de la tabla a continuación para cada plan.

Excepto en situaciones de emergencia, si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es posible que no cubramos estos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actualizado "Medicare y Usted." Puede verlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), disponible 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 formatos como Braille, letras más grandes o audio.

Para obtener más información, llámenos al 1.833.767.3287 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. o visítenos en [www.securhealthplan.com](http://www.securhealthplan.com).

## Prima mensual, deducible y límites en los costos para servicios cubiertos

### Cobertura de beneficios

Los servicios con un<sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

### H3048\_SP2026SB001\_M SECUR Advantage (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

### PRIMAS, DEDUCIBLES Y GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP)

<b>Prima mensual del plan</b> ( <i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i> )	Usted paga \$4.80. Si recibe "Ayuda adicional", es posible que pague \$0.
<b>Deducible</b>	Consulte la sección Medicamentos Recetados de la Parte D para obtener información sobre el deducible de la Parte D.
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (dentro de la red)</b> ( <i>no incluye medicamentos recetados de la Parte D</i> )	Usted no paga más de \$8,300 al año por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red.

## Cobertura de beneficios

Los servicios con un<sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

### H3048\_SP2026SB001\_M SECUR Advantage (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

#### COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS

##### Paciente hospitalizado<sup>1</sup>

Usted paga un deducible de \$1,676<sup>2</sup> por periodo de beneficios.

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 60.
- Un copago de \$419<sup>2</sup> diario durante los días 61 a 90.
- Un copago de \$838<sup>2</sup> por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).
- 100 %<sup>2</sup> de todos los costos después de agotar los días de reserva vitalicia.

Estos son los montos de gastos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. El Plan de salud SECUR actualizará estas tarifas en su página web ([www.securhealthplan.com](http://www.securhealthplan.com)) cuando estén disponibles.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

##### Paciente Ambulatorio<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

##### Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, (ASC))<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

#### CONSULTAS AL MÉDICO

##### Consultas al médico

- Médico de atención primaria
- Especialistas

Usted paga \$0 de copago por consulta.

Puede pagar un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

#### ATENCIÓN PREVENTIVA

##### Atención preventiva

(p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas para diabéticos)

Usted paga \$0 de copago.

Se encuentran disponibles otros servicios preventivos. Es posible que haya algunos servicios cubiertos, como las pruebas de diagnóstico, que tengan un costo.

#### ATENCIÓN DE EMERGENCIA

##### Atención de emergencia

Usted paga \$95<sup>2</sup> de copago por consulta.

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias, los gastos compartidos por emergencia se anularán.

##### Servicios de urgencia

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo con un límite máximo de \$40<sup>2</sup> de copago por consulta.

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

## H3048\_SP2026SB001\_M SECUR Advantage (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/LABORATORIOS/IMÁGENES

#### Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes

- **Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>1</sup>**

Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo para pruebas y procedimientos de diagnóstico.

- **Servicios de laboratorio<sup>1</sup>**

Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.

Usted paga \$0 de copago por los servicios de laboratorio.

- **Imagen por Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (TAC)<sup>1</sup>**

Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo para imágenes por resonancia magnética o tomografía computarizada.

- **Radiografías<sup>1</sup>**

Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo para radiografías.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

*Pueden requerir autorización previa.*

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H3048\_SP2026SB001\_M**

**SECUR Advantage (HMO I-SNP)**

*(Residentes en una instalación)*

*Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas*

## SERVICIOS DE AUDICIÓN

### Servicios de audición

- Servicios cubiertos por Medicare
- Examen de audición de rutina\*
- Ajuste y evaluación de audífonos\*
- Audífonos\*<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por los servicios cubiertos por Medicare.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Usted paga \$0 de copago para:

- Exámenes de audición de rutina ilimitados cada dos (2) años; y
- Ajuste y evaluación ilimitados para audífonos cada dos (2) años.

Recibe una asignación de \$3,600 para audífonos para ambos oídos combinados cada dos (2) años.

## SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

### Servicios odontológicos

- Servicios odontológicos cubiertos por Medicare<sup>1</sup>
- Servicios odontológicos preventivos de rutina\*
- Servicios odontológicos integrales\*<sup>1</sup>

Recibe una asignación de \$2,600 cada año para beneficios odontológicos preventivos e integrales combinados.

Usted paga el 20 %<sup>2</sup> del costo por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de \$0 por servicios odontológicos de rutina ilimitados, que incluyen:

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpieza)
- Tratamientos con flúor
- Radiografías
- Otros servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico

Usted paga \$0 de copago por servicios odontológicos integrales ilimitados, que incluyen:

- Servicios de diagnóstico (exámenes, radiografías)
- Servicios de restauración (coronas)
- Endodoncia (endodoncia)
- Periodoncia (raspado/alisado radicular)
- Prostodoncia y otras cirugías orales/maxilofaciales (dentaduras postizas o prótesis fijas y parciales)
- Implantes dentales
- Ortodoncia
- Servicios generales complementarios

## SERVICIOS DE LA VISTA

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

**H3048\_SP2026SB001\_M**

**SECUR Advantage (HMO I-SNP)**

*(Residentes en una instalación)*

*Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas*

## Servicios de la vista

- Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare
- Exámenes oftalmológicos de rutina\*
- Anteojos cubiertos por Medicare
- Anteojos de rutina\*

Puede pagar el 20 %<sup>2</sup> del costo por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

Usted paga \$0 de copago por exámenes de la vista ilimitados.

Usted paga \$0 de copago por los anteojos cubiertos por Medicare.

Usted paga \$0 de copago por los anteojos de rutina. Usted recibe una asignación de beneficios de \$360 cada dos (2) años para lentes y montura de anteojos, lentes de anteojos, monturas de anteojos, mejoras y un par de lentes de contacto.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### Servicios de salud mental para pacientes internados<sup>1</sup>

Usted paga un deducible de \$1,676<sup>2</sup> por periodo de beneficios.

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 60.
- Un copago de \$419<sup>2</sup> diario durante los días 61 a 90.
- Un copago de \$838<sup>2</sup> por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).
- La Parte A solo paga un máximo de 190 días de por vida por atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.

Estos son los montos de gastos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. El Plan de salud SECUR actualizará estas tarifas en su página web ([www.securhealthplan.com](http://www.securhealthplan.com)) cuando estén disponibles.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos podrían ser menores.

### Servicios de salud mental ambulatorios

- Sesiones de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por sesión.

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

H3048\_SP2026SB001\_M

SECUR Advantage (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

## ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

### Centro de enfermería especializada<sup>1</sup>

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 20.
- Un copago de \$209.50<sup>2</sup> diario durante los días 21 a 100.
- Todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios.

Estos son los montos de gastos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. El Plan de salud SECUR proporcionará tarifas actualizadas en su sitio web ([www.securhealthplan.com](http://www.securhealthplan.com)) cuando estén disponibles.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos podrían ser menores.

## SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

### Terapia física/Terapia del habla

Usted paga \$0 de copago por consulta.

### Terapia ocupacional

Usted paga \$0 de copago por consulta.

### Rehabilitación cardíaca<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

- Rehabilitación cardíaca intensiva<sup>1</sup>

Los servicios de rehabilitación cardíaca pueden requerir autorización previa.

## AMBULANCIA

### Ambulancia (terrestre)<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo.

### Ambulancia (aérea)<sup>1</sup>

El coseguro se anula si es admitido en un hospital.

La autorización previa se aplica únicamente para transportes que no sean de emergencia

## TRANSPORTE

### Transporte (no emergencia)\*<sup>1</sup>

Usted paga \$0 por 60 viajes de ida al año a ubicaciones aprobadas por el plan para servicios de salud.

## MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

### Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Usted paga entre 0 % y 20 %<sup>2</sup> del costo para los medicamentos de la Parte B.

- Insulina<sup>1</sup>

Usted paga entre 0 % y 20 %<sup>2</sup> del costo de la insulina que no exceda los \$35<sup>2</sup>.

- Quimioterapia y otros fármacos<sup>1</sup>

Usted paga entre 0 % y 20 %<sup>2</sup> del costo de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

## H3048\_SP2026SB001\_M SECUR Advantage (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

### CUIDADO DE LOS PIES

Consulta de podiatría (cubierta por Medicare) <sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta cubierta por Medicare.

Consulta de podiatría (atención preventiva de los pies)\* <sup>1</sup>

Usted paga \$0 por hasta cuatro (4) consultas al año para cuidados de rutina de los pies.

### EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo.

- Prótesis<sup>1</sup>

Suministros y servicios para la diabetes

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo.

- Zapatos ortopédicos o plantillas para diabéticos

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo.

- Capacitación en autocontrol de la diabetes

Usted paga \$0 de copago.

### ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA Y ACUPUNTURA

Consulta quiropráctica (cubierta por Medicare)

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

Acupuntura (cubierta por Medicare)

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo por consulta.

### ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Atención médica domiciliaria<sup>1</sup> (cubierta por Medicare)

Usted paga \$0 por consulta.

### HOSPICIO

Cuidados de hospicio

Los servicios de cuidados de hospicio están cubiertos por Medicare Original. Debe recibir la atención de un proveedor de hospicio certificado por Medicare. Usted puede pagar parte del costo por medicamentos para pacientes ambulatorios.

# Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

H3048\_SP2026SB001\_M

**SECUR Advantage (HMO I-SNP)**

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

## SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Consulta de terapia individual y grupal<sup>1</sup>

Puede pagar hasta un 20%<sup>2</sup> de coseguro por consulta.

<sup>2</sup>Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Programa para tratamiento por consumo de opioides<sup>1</sup>

Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare.

## DIÁLISIS RENAL

Diálisis renal

Puede pagar hasta un 20 %<sup>2</sup> del costo.

Servicios de educación sobre la enfermedad renal

Usted paga \$0 de copago.

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud\*

Usted paga \$0 de copago.

## MANEJO AVANZADO DE ENFERMEDADES

Programa de Manejo Avanzado de Enfermedades\*

Usted paga \$0 de copago.

## SERVICIOS DE ASESORAMIENTO

Servicios de asesoramiento (sesiones individuales o grupales)\*

Usted paga \$0 de copago por seis (6) sesiones de 30 minutos por año.

## PREVENCIÓN DE READMISIÓN

Prevención de readmisión\*

Usted paga \$0 de copago por la conciliación de medicamentos después del alta para evitar readmisiones por interacciones medicamentosas.

Asignación para artículos de venta libre\*

Usted paga \$0 y recibe una asignación mensual de \$100 para utilizar en productos de venta libre, incluidos los productos de terapia de reemplazo de nicotina.

Los fondos que no sean utilizados no se acumulan para el siguiente mes.

## NOTA SOBRE LA ASISTENCIA DE MEDICAID

<sup>2</sup>Gastos compartidos de Medicare

Si tiene beneficios completos de Medicaid o es beneficiario calificado de Medicare, pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica la siguiente tabla sobre gastos compartidos.

## Cobertura de beneficios

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

### H3048\_SP2026SB001\_M SECUR Avanzado (HMO I-SNP)

(Residentes en una instalación)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

## MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D

### Fase 1: Etapa de deducible

Usted paga \$615<sup>^</sup>.

### Fase 2: Etapa de cobertura inicial

**Usted se encuentra en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total anual de los medicamentos alcance los \$2,100.**

El costo total anual de medicamentos incluye el total pagado tanto por usted como por el plan.

Una vez que alcance esta cantidad, ingresará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Los siguientes montos de coseguro aplican para recetas adquiridas en farmacias de la red. Los costos variarán en función de si las recetas se surten en una farmacia estándar o por correo. El costo también variará en función del número de días de suministro. Las farmacias de atención a largo plazo (Long-term care, LTC) pueden surtir hasta un suministro de 31 días al costo de coseguro establecido para un suministro de 30 días, como se muestra a continuación.

## Beneficios estándar de farmacia minorista (30 días/60 días/90 días)

### Nivel 1: Todos los medicamentos

25 %/25 %/25 %<sup>^</sup> del costo

**Si cuenta con Ayuda Adicional, su costo será:**

Genéricos: copago de \$0/\$1.60/\$5.10

Marcas: copago de \$0/\$4.90/\$12.65

## Servicio de pedido por correo

### Nivel 1: Todos los medicamentos

Sin servicio de pedido por correo.

### Fase 3: Etapa de cobertura catastrófica

El plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Los gastos compartidos pueden variar según el punto de servicio (por correo, farmacia minorista, atención a largo plazo, infusión en el hogar), la farmacia que elija y cuando ingrese a una nueva fase de las etapas de cobertura de medicamentos.

**Mensaje importante sobre el costo de la insulina:** Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado el deducible.

**Mensaje importante sobre el costo de las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

<sup>^</sup>Sus gastos compartidos pueden variar dependiendo de si entra en otra fase de los beneficios de medicamentos o si califica para la "Ayuda Adicional". Para verificar si es elegible para la "Ayuda Adicional", 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.

Para obtener más información sobre los gastos compartidos específicos de la farmacia y las etapas de cobertura de medicamentos, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente, acceda a nuestra "Evidencia de Cobertura" en línea o solicite una copia impresa.