



**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.

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 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.

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

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

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

Prima mensual del plan
(incluye tanto servicios médicos como medicamentos)

Usted paga \$4.80.
Si recibe "Ayuda adicional", es posible que pague \$0.

Deducible

Consulte la sección Medicamentos Recetados de la Parte D para obtener información sobre el deducible de la Parte D.

Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (dentro de la red) *(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)*

Usted no paga más de \$2,500 al año por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red.

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS

Paciente hospitalizado¹

Usted paga un deducible de \$1,676² por periodo de beneficios.

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 60.
- Un copago de \$419² diario durante los días 61 a 90.
- Un copago de \$838² por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).
- 100 %² 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) cuando estén disponibles.

²Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Paciente Ambulatorio¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por consulta.

Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por consulta.

CONSULTAS AL MÉDICO

Consultas al médico

- Médico de atención primaria
- Especialistas¹

Usted paga un copago de \$0 por consulta.

Puede pagar un 20 %² del costo por consulta.

ATENCIÓN PREVENTIVA

Atención preventiva

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

Usted paga un copago de \$0.

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 \$95² 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 % ² del costo con un límite máximo de \$40 ² por consulta.
------------------------------	--

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/LABORATORIOS/IMÁGENES

Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes

- **Pruebas y procedimientos de diagnóstico**¹ Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.
- **Servicios de laboratorio**¹ Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.
- **Imagen por Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (TAC)**¹ Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.
- **Radiografías**¹ Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo día, solo aplica el copago máximo.

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

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

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

Puede pagar hasta un 20 %² del costo para radiografías.

²**Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.**

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Servicios de audición

- **Servicios cubiertos por Medicare**¹
- **Examen de audición de rutina**^{*1}
- **Ajuste y evaluación de audífonos**^{*1}
- **Audífonos**^{*1}

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por los servicios cubiertos por Medicare.

²**Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.**

Usted paga \$0 por:

- Exámenes de audición de rutina ilimitados cada dos (2) años; y
- Ajustes y evaluaciones de audífonos ilimitados cada dos (2) años.

Recibe una asignación de \$2,000 para audífonos para ambos oídos combinados cada dos (2) años.

Cobertura de beneficiarios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Servicios odontológicos

- **Servicios cubiertos por Medicare**
- **Servicios odontológicos preventivos de rutina***
- **Servicios odontológicos integrales*¹**

Recibe una asignación de \$1,250 cada año para beneficios odontológicos preventivos e integrales combinados.

Usted paga el 20 %² 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 por servicios odontológicos integrales ilimitados, que incluyen:

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

SERVICIOS DE LA VISTA

Servicios de la vista

- **Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare¹**
- **Exámenes oftalmológicos de rutina*¹**
- **Anteojos cubiertos por Medicare**
- **Anteojos de rutina***

Puede pagar \$0 o hasta un 20 %² del costo por servicios cubiertos por Medicare.

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

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

Usted paga \$0 por los anteojos de rutina. Usted recibe una asignación de beneficios de \$250 cada dos años para anteojos (lentes y monturas), lentes de anteojos, monturas de anteojos, mejoras y un par de lentes de contacto cada dos (2) años.

²Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Cobertura de beneficiarios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Servicios de salud mental para pacientes internados¹

Usted paga un deducible de \$1,676² por periodo de beneficios.

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 60.
- Un copago de \$419² diario durante los días 61 a 90.
- Un copago de \$838² 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) cuando estén disponibles.

²Si tiene beneficios de Medicaid, los costos podrían ser menores.

Servicios de salud mental ambulatorios

- Sesiones de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por sesión.

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Centro de enfermería especializada¹

Usted paga:

- Copago de \$0 para los días 1 a 20.
- Un copago de \$209.50² 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) cuando estén disponibles.

²Si tiene beneficios de Medicaid, los costos podrían ser menores.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Terapia física/terapia del habla¹

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

Terapia ocupacional¹

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

Rehabilitación cardíaca¹

- Rehabilitación cardíaca intensiva¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por los servicios cubiertos por Medicare.

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

AMBULANCIA

Ambulancia (terrestre)¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo.

Ambulancia (aérea)¹

La autorización previa se aplica únicamente al transporte que no se considere de emergencia.

TRANSPORTE

Transporte (no emergencia)*

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

Los viajes deben programarse al menos 40 horas antes de la fecha/hora de la cita.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

²**Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.**

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

• Insulina¹

Usted paga entre 0 % y 20 %² del costo para la insulina que no exceda los \$35² por suministro mensual.

• Quimioterapia y otros fármacos¹

Usted paga entre 0 % y 20 %² del costo para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.

CUIDADO DE LOS PIES

Consulta de podiatría (cubierta por Medicare)

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por los servicios cubiertos por Medicare.

Consulta de podiatría (atención preventiva de los pies)*

Usted paga \$0 por hasta seis (6) consultas al año para cuidados de rutina de los pies.

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo.

• Prótesis¹

Suministros y servicios para la diabetes

Puede pagar hasta un 20 %² del costo.

• Zapatos ortopédicos o plantillas para diabéticos

Puede pagar hasta un 20 %² del costo.

• Capacitación en autocontrol de la diabetes

Usted paga un copago de \$0.

ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA Y ACUPUNTURA

Consulta quiropráctica¹ (cubierta por Medicare)

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por consulta.

Acupuntura (cubierta por Medicare)

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por los servicios cubiertos por Medicare.

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Atención médica domiciliaria¹
(cubierta por Medicare)

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

HOSPICIO

Cuidados de hospicio

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

SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Sesiones de terapia individual y grupal¹

Puede pagar hasta un 20 %² del costo por sesión.
²Si tiene beneficios de Medicaid, los costos pueden ser menores.

Consulta para tratamiento por consumo de opioides¹

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

DIÁLISIS RENAL

Diálisis renal

Puede pagar hasta un 20 %² del costo.

Servicios de educación sobre la enfermedad renal

Usted paga un copago de \$0.

FLEX CARD

FLEX CARD*

Usted paga \$0 por una asignación mensual combinada de \$100 para usar en cualquiera de las siguientes actividades:

- Productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)
- Comidas (debe tener una de las afecciones crónicas elegibles para usar la tarjeta Flex Card para comidas. Consulte los detalles en su Evidencia de cobertura).
- Dispositivos de seguridad en el hogar y el baño y modificaciones (por ejemplo, agarradera, banco de baño, rampa temporal)
- Apoyo a cuidadores de afiliados (cuidado de relevo)
- Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), que incluyen:
 - Alimentos y productos agrícolas saludables
 - Necesidades sociales (para asistir a conciertos, obras de teatro, espectáculos en el jardín, etc.)

Para usar la tarjeta Flex Card para SSBCI, debe participar en nuestro programa de gestión de la atención.

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

SERVICIOS EN EL HOGAR

Servicios de apoyo en el hogar*	Usted paga un copago de \$0 por hasta un máximo de 30 horas de asistencia con actividades para la vida diaria por año.
---------------------------------	--

Evaluación de seguridad en el hogar*	Usted paga un copago de \$0.
--------------------------------------	------------------------------

Conciliación de medicamentos en el hogar (después del alta)*	Usted paga un copago de \$0.
--	------------------------------

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud*	Usted paga un copago de \$0.
--------------------------	------------------------------

MANEJO AVANZADO DE ENFERMEDADES

Programa de Manejo Avanzado de Enfermedades*	Usted paga un copago de \$0.
--	------------------------------

SERVICIOS DE ASESORAMIENTO

Servicios de asesoramiento (sesiones individuales o grupales)*	Usted paga \$0 por seis (6) sesiones de 30 minutos por año.
--	---

TECNOLOGÍAS DE ACCESO REMOTO

Línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana*	Usted paga un copago de \$0.
--	------------------------------

Servicios de monitoreo a distancia*	Usted paga un copago de \$0.
-------------------------------------	------------------------------

SISTEMA DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS PERSONALES

Sistema de respuesta ante emergencias personales*	Usted paga un copago de \$0.
---	------------------------------

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR

Cuidados paliativos en el hogar*	Usted paga \$0 por los servicios que proporcionan alivio de los síntomas complejos, el dolor y el malestar asociados con una enfermedad grave.
----------------------------------	--

PREVENCIÓN DE READMISIÓN

Prevención de readmisión*	Usted paga \$0 por hasta dos (2) comidas por un período de hasta 14 días calendario después de cada alta hospitalaria o cirugía ambulatoria. Este beneficio se puede utilizar hasta cuatro (4) veces al año.
---------------------------	--

Cobertura de beneficios

Los servicios con un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

NOTA SOBRE LA ASISTENCIA DE MEDICAID

²Gastos 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 un¹ pueden requerir autorización previa.

H3048-002

SECUR Enhanced (HMO I-SNP)

(Residentes en la comunidad)

Condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Pasco y Pinellas

MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D

Fase 1: Etapa de deducible	Usted paga \$615 [^] .
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 (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 % [^] del costo Si cuenta con Ayuda adicional, su costo será: Medicamentos genéricos: \$0/\$1.60/\$5.10 de copago Marcas: \$0/\$4.90/\$12.65 de copago
Insulinas de la Parte D	\$35/\$70/\$105 de copago o el 25 % del costo, lo que sea menor

Pedido por correo (suministro para 90 días)

Nivel 1: Todos los medicamentos	25 % [^] del costo Si cuenta con Ayuda adicional, su costo será: Medicamentos genéricos: \$0/\$1.60/\$5.10 de copago Marcas: \$0/\$4.90/\$12.65 de copago
Insulinas de la Parte D	Copago de \$105 o el 25 % del costo, lo que sea menor
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 acerca de lo que paga por la insulina: no pagará más del 25 % del costo o \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan (lo que sea menor), incluso si no ha pagado su 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.

[^]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.