



Resumen de beneficios de 2026

Perennial Advantage Freedom (HMO-POS)

H3419, plan 003

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Perennial Advantage Freedom (HMO-POS) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026.

Perennial Advantage Freedom (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-844-788-6959, TTY debe llamar al 711, para obtener más información.

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No se enumeran todos los servicios que están cubiertos ni se detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com, o llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

Para comunicarse con nuestros representantes del Departamento de Servicios para Miembros:

- Número gratuito: 1-844-788-6959, TTY/TDD debe llamar al 711.
- Horario de atención: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Para unirse a Perennial Advantage Freedom (HMO-POS), usted debe:

- tener la Parte A y la Parte B de Medicare;
- vivir en nuestra área geográfica de servicio;
- ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Colorado: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver y Jefferson.

Perennial Advantage Freedom (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios. Su plan incluye un beneficio de punto de servicio (POS), lo que significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan para recibir determinados servicios. Consulte la tabla de abajo para obtener más detalles. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted de 2026*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios médicos

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Prima mensual del plan <i>(incluye cobertura médica y de medicamentos)</i>	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 Este plan no tiene un deducible médico.
Gasto máximo de bolsillo <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i>	\$3,500 combinados para servicios dentro y fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$225 por día para los días del 1 al 5 Copago de \$0 por día para los días del 6 al 90 <i>Se requiere autorización previa.</i> \$0 para días adicionales ilimitados <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$0 a \$250 Copago de \$0 para colonoscopia de diagnóstico y extracción de pólipos Copago de \$250 por todos los demás servicios <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$100 <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada)</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p> <p>Radiología terapéutica</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0</p> <p><i>Solo se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</i></p> <p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.</i></p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios auditivos (complementarios)</p> <p>Controles de audición de rutina</p> <p>Evaluación/colocación de audífonos</p> <p>Audífonos</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p> <p>Copago de \$0 Se limita a 1 consulta por año</p> <p>\$1,350 por año para ambos oídos combinados</p> <p>NationsBenefits gestiona el beneficio. Todos los servicios deben ser proporcionados por NationsBenefits. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales (complementarios)</p> <p>Servicios preventivos e integrales</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 para los controles bucales (límite de 2 por año), limpiezas (límite de 2 por año) y tratamientos con flúor (límite de 1 cada 6 meses). Consulte <i>la Evidencia de cobertura</i> para conocer las limitaciones de las radiografías dentales.</p> <p>Máximo: \$2,600 por año para los servicios preventivos y servicios integrales</p> <p>Todos los servicios deben ser proporcionados por Liberty Dental. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el directorio de proveedores de Liberty Dental en línea en libertydentalplan.com/perennialadvantage.</p>
<p>Servicios de la vista (cubiertos por Medicare)</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</p> <p>Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año</p> <p>Anteojos después de la cirugía de cataratas</p> <p>Prueba de detección de glaucoma</p> <p>Servicios de la vista (complementarios)</p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <p>Anteojos de rutina adicionales</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 Límite de 1 consulta cada año</p> <p>\$250 por año para lentes, marcos o mejoras de anteojos</p>

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulta de paciente internado</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes externos</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes externos</p>	<p>Copago de \$225 por día para los días del 1 al 5 Copago de \$0 por día para los días del 6 al 90</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$25</p>
<p>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original para 2026. Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$217 por día para los días 21 a 100</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red (POS):</p> <p>Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original para 2026. Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$217 por día para los días 21 a 100</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Copago de \$20</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<p>Ambulancia</p> <p>Ambulancia terrestre</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p>Copago de \$250</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p>

Medicamentos recetados para pacientes externos

Etapas de pago de medicamentos recetados	Beneficios de su plan		
Deducible de medicamentos recetados	\$0 Este plan no tiene un deducible para medicamentos recetados. Su cobertura comienza en la Etapa de cobertura inicial.		
Cobertura inicial	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,100. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.		
Cobertura de medicamentos por niveles	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$10
Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$45	Copago de \$135	Copago de \$45
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$95	Copago de \$285	Copago de \$95
Nivel 5 (nivel de especialidad)	coseguro del 33%	Sin cobertura	coseguro del 33%
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos.		

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, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Beneficios adicionales

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Suministros para el control de la diabetes	Coseguro del 0%
Servicios de diálisis	Coseguro del 20%
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
Apoyos generales para vivir* (alquiler, hipoteca o wifi)	\$100 cada mes para gastar en alquiler, hipoteca o wifi. *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
Tarjeta Healthy Living Flex <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Comestibles* • Productos de venta libre (OTC) 	\$140 cada 3 meses para gastar en artículos de acondicionamiento físico, comestibles y OTC. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año. The Helper Bees gestiona este beneficio. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información. *Algunos beneficios tienen requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte la sección después de la tabla de beneficios para obtener información adicional.
Servicios de apoyo en el hogar (apoyo con las tareas diarias)	Copago de \$0 Se limita a 60 horas por año Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Terapia ocupacional	Copago de \$20 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Servicios cubiertos por Medicare Cuidado de rutina de los pies	Copago de \$35 Copago de \$0 Se limita a 6 consultas por año
Terapia del habla	Copago de \$20 <i>Puede requerirse autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>

*Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo están disponibles para los miembros con ciertas afecciones crónicas. Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:

- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones
- Condiciones con desafíos funcionales
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Trastornos inmunosupresores y por inmunodeficiencia
- Trastornos neurológicos
- Osteoporosis
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Postrasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular