



TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN



Resumen de beneficios de 2025

Texas Independence Community Plan (H5015-002)

A continuación le mostramos un resumen de los servicios que cubrimos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

Tenga en cuenta lo siguiente: Esto es solo un resumen. ¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones? Visite texasindependencehealthplan.com donde encontrará la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan o puede llamarnos para solicitar una copia.

¿Necesita ayuda? Estamos aquí para ayudarle.



Servicio al Cliente

Llame al 833-471-8447 (TTY: 833-414-8447)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales (I-SNP) de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

H5015_002-STIHPSB_2025_M



¿Qué es un Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP)?

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales (I-SNP) de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. Incluye beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos con receta en un plan.

¿Usted cumple con los requisitos para inscribirse?

Para unirse a Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP), debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Estar inscrito/a en la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área de servicio.

Para inscribirse en nuestro plan, 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. Debe vivir en uno de nuestros hogares de ancianos de la red, o vivir en su casa y/o en un centro de vida asistida contratado y Texas debe haber certificado que necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes

condados en Texas: Aransas, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Cass, Chambers, Colorado, Comal, Cooke, Denton, DeWitt, Dimmit, Duval, Fayette, Fort Bend, Franklin, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Harrison, Hays, Hidalgo, Hill, Jack, Jackson, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kleberg, Lampasas, La Salle, Lavaca, Lee, Liberty, Live Oak, Llano, McMullen, Marion, Mason, Matagorda, Medina, Mills, Montgomery, Morris, Nueces, Palo Pinto, Panola, Real, Refugio, Rusk, San Jacinto, San Saba, Smith, Somervell, Starr, Tarrant, Travis, Upshur, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Wood, Zapata, Zavala

Compare nuestro plan con Medicare

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “Medicare & You” [Medicare y usted]]. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que debe saber

- Autorizaciones previas: Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos. Los beneficios que pueden requerir autorización previa aparecen con un asterisco (*) en la tabla de beneficios.
- Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Puede encontrar más información sobre cada beneficio enumerado a continuación en la Evidencia de Cobertura (EOC).



Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$18.30
Deducible médico	\$257 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.
Deducible de farmacia (Parte D)	\$590
Responsabilidad de gasto de bolsillo máximo Lo máximo que paga al año por copagos, coseguro y otros gastos por servicios médicos cubiertos para el año. Los montos que usted paga por su prima y medicamentos con receta no cuentan para el gasto máximo de bolsillo.	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por sus servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

DENTRO DE LA RED

COBERTURA PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS*

	Paga un deducible de \$1,676 por cada período de beneficios. Del día 1 al 60: Copago de \$0 por día para cada período de beneficios. Del día 61 al 90: Copago de \$419 por día para cada período de beneficios. Del día 91 en adelante: Copago de \$838 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Después de los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.
--	--

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Cirugía sin internación en hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
---	---

SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO

Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
--	---



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

CONSULTAS MÉDICAS

Proveedor(a) de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Usted paga el 20 % del costo total por consulta para la atención primaria cubierta por Medicare.
Especialistas	Usted paga el 20 % del costo total por consulta para la atención de especialistas cubierta por Medicare.

ATENCIÓN PREVENTIVA

Atención preventiva	Usted no paga nada. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.
---------------------	--

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Atención de emergencia El coseguro no se aplica si el paciente es admitido en el mismo hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta.
--	---

SERVICIOS DE URGENCIA

Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$45 por consulta).
--	--

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES*

Pruebas de diagnóstico y procedimientos	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de laboratorio*	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico por imagen (como radiografías y ultrasonidos) para pacientes ambulatorios*	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios avanzados de radiología (como MRI, PET, medicina nuclear)*	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer)*	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Exámenes de la audición cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Exámenes de la audición de rutina Audífonos	Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. Copago de \$0 por evaluación y ajuste de audífonos, hasta cuatro visitas. Nuestro plan paga hasta \$1,000 por audífonos cada dos años. El monto de \$1,000 se aplica a ambos oídos. Debe adquirir sus audífonos en un proveedor de NationsBenefits. Llame a NationsBenefits al 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447).

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Cuidado odontológico de rutina En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Atención preventiva (como examen y limpieza bucal)	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por 2 exámenes al año, 2 limpiezas al año, 2 juegos de radiografías al año y 2 tratamientos con flúor al año.
Servicios odontológicos integrales complementarios	Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 para servicios dentales preventivos e integrales combinados.

SERVICIOS DE LA VISTA

Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total por los anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una operación de cataratas.
Exámenes de la vista de rutina Nuestro plan paga un examen de la vista de rutina cada año.	Usted paga 0 % del costo total.
Anteojos complementarios	Monto máximo de cobertura del plan de \$150 para anteojos de rutina cada año.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

SERVICIOS DE SALUD MENTAL*

Paciente internado*

Nuestro plan cubre hasta 190 días a lo largo de su vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.

Usted paga: Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios.

Día 1–60: Copago de \$0 por día para cada período de beneficios.

Días 61-90: Copago de \$419 por día para cada período de beneficios.

Del día 91 y en adelante: Copago de \$838 por cada “día de reserva de por vida” después del día

90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).

Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.

Visitas ambulatorias de terapia grupal e individual

Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*

- Usted paga: Días 1-100: Costo compartido de \$0 para cada período de beneficios.

- Día 101 y siguientes: Usted paga todos los costos.

Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.

FISIOTERAPIA*

Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)

Terapia ocupacional

Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

Consulta de fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje*

Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

Rehabilitación cardíaca

Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

Rehabilitación pulmonar

Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

AMBULANCIA

Ambulancia (transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare)

Usted paga el 20 % del costo total para cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

TRANSPORTE

Transporte (no emergencia)	Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 12 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.
Transporte (sin necesidad médica)	Usted paga un copago de \$0. Este beneficio ofrece 4 viajes de ida a ubicaciones no relacionadas con cuestiones médicas dentro de 50 millas del área de servicio local para miembros con necesidades no médicas por año.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE*

Medicamentos de la Parte B de Medicare*

Usted paga el 20 % del costo total para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.

Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$1,500.

Ajuste de coseguro de medicamentos reembolsables de la Parte B:

De conformidad con la disposición de Ajuste del coseguro de medicamentos reembolsables de la Parte B de Medicare, a partir del 1 de abril de 2023, el coseguro para los medicamentos reembolsables de la Parte B se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo más rápido que la tasa de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el coseguro efectivo para esos medicamentos, podrían cambiar cada trimestre. Los medicamentos reembolsables de la Parte B pueden pertenecer a cualquiera de las categorías “Servicios de administración de quimioterapia para incluir medicamentos de quimioterapia/radiación” u “Otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare original”.

Límite de costos compartidos de insulina de la Parte B:

La insulina suministrada según la Parte B a partir del 1 de julio de 2023, a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina tradicional médicamente necesaria), estará sujeta a un límite de coseguro por el suministro de un mes de dicha insulina (que no exceda los \$35 y no se aplicará el deducible de la Parte B de Medicare).



Beneficios de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CON RECETA

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la 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 esté, incluso si no ha pagado su deducible.

ETAPAS

Etapas 1: Deducible | \$590

Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su costo compartido de los medicamentos. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$590 por sus medicamentos.

Etapas 2: Cobertura inicial

Usted paga los copagos o el coseguro hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$2,000.00. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagan tanto usted como el Plan. Puede adquirir sus medicamentos en las farmacias de la red.

Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted paga 25 % del costo total del medicamento

Suministro para 30 días a través de minoristas

Suministro para 90 días a través de minoristas o de envío por correo

Suministro para 31 días a través de cuidado a largo plazo

Medicamento de nivel 1

25 %

25 %

25 %

Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas:

(Después de que sus costos de bolsillo en lo que va del año por medicamentos recetados alcancen los \$2,000.00)

Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada. Por lo general, continúa en esta etapa durante el resto del año calendario.



Beneficios adicionales

CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Cuidado de los pies cubierto por Medicare	• Usted paga el 20 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare.
Cuidado de rutina de los pies	• Usted paga un costo compartido de \$0 por hasta 6 consultas cada año.

EQUIPOS/SUMINISTROS MÉDICOS

Equipos/suministros médicos (cubiertos por Medicare) Equipo médico duradero* (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno, etcétera).	• Usted paga el 20 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare. • Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.
Dispositivos protésicos* (por ejemplo, corsés, extremidades artificiales).	• Usted paga el 20 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare. • Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.
Suministros para diabéticos	• Usted paga el 20 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare.

EXAMEN FÍSICO ANUAL

EXAMEN FÍSICO ANUAL	Usted paga el 20 % del costo total del medicamento
---------------------	--

***Es posible que se necesite una autorización previa para acceder a estos beneficios. Consulte la EOC para más información.**



Más beneficios con Su plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales incluidos en su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La lista completa de cobertura y servicios está disponible en la Evidencia de cobertura (EOC). Visite www.txindependenciahealthplan.com para ver una copia de la EOC o llame al 1-833-471-8447.

Productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

El límite máximo del beneficio de asignación de cobertura es de \$60 cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC.

Los beneficios no utilizados se transferirán al siguiente trimestre. Todo beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas

- Consultas de estética

Usted paga un costo compartido de \$0 por las consultas de estética hasta \$100 al año.

Este beneficio se aplicará a los miembros con una o más enfermedades crónicas.

Para obtener más información, llámenos gratis al 1-833-471-8447, los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447 o visítenos en www.txindependencehealthplan.com.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) no pague esos servicios.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

1908 N Laurent Street, Suite 250 | Victoria, TX 77901

1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) | www.txindependencehealthplan.com

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 1-833-471-8447. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español (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 1-833-471-8447. 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 1-833-471-8447。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 1-833-471-8447。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 (Tagalog)

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-471-8447. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (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 1-833-471-8447. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (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 1-833-471-8447. 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 Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-471-8447. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean)

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-471-8447 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Русский (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 1-833-471-8447. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

(Arabic) العربية

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-471-8447. 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 1-833-471-8447 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 1-833-471-8447. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portuguese)

Disponemos 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 1-833-471-8447. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (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 1-833-471-8447. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (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 1-833-471-8447. 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 1-833-471-8447 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。

