



PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE

## RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 2026

Del 1° de enero del 2026 al  
31° de diciembre del 2026

Los planes de  
Presbyterian Dual Plus  
(HMO D-SNP), incluso

H3204-013-004

H3204-013-005

H3204-013-006

 **PRESBYTERIAN**  
Health Plan, Inc.

Este es un resumen de los beneficios médicos y de medicamentos que cubre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

**Los planes Presbyterian Dual-Eligible Special Needs (HMO D-SNP)** [necesidades especiales] proporcionan todos los beneficios y servicios que ofrece Medicare Original, y mucho más. Estos planes están diseñados para los beneficiarios que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Dependiendo de su código postal y para aquellos que cumplan los requisitos, su plan **puede\*** incluir:

- Tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+ para medicamentos sin receta aprobados por CMS y productos relacionados con la salud
- Beneficio de comestibles y alimentos saludables
- Servicios dentales completos
- Exámenes auditivos y audífonos
- Telesalud, 24 horas al día, los siete días de la semana
- Exámenes de la vista y anteojos o lentes de contacto
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Cuidados quiroprácticos de rutina
- Transporte

*\*Repase el Resumen de Beneficios para informarse sobre todos los detalles del plan*

*(La continuación de los requisitos de inscripción se encuentra en la página siguiente)*

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Planes de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

### Para inscribirse en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP):

- Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Mientras viva en Nuevo México, Presbyterian le cubre.

### Usted tiene que calificar para una de las siguientes categorías del Programa Medicaid:

- **Beneficio adicional de beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, los deducibles y las cantidades de coseguro y copagos. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para cubrir los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga los deducibles, el coseguro, los copagos y las primas de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos [Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+]:** Medicaid paga su prima de la Parte B y proporciona los beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. A veces también pudiera ser elegible para recibir ayuda limitada de su agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de sus costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si el servicio lo cubre tanto Medicare como Medicaid. A lo mejor habrán casos en los cuales tenga que pagar los costos compartidos si Medicaid no cubre un servicio o beneficio.
- **Beneficios completos para personas con elegibilidad doble [Full Benefits Dual Eligible, FBDE]:** Tal vez Medicaid le ayude, de forma limitada, a pagar los costos compartidos de Medicare. Además, Medicaid proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. A veces a lo mejor usted también sea elegible para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para pagar las sumas que le corresponden de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si tanto Medicare como Medicaid cubren el servicio. A lo mejor, en algunos casos, usted tenga que pagar costos compartidos si un servicio o beneficio no lo cubre Medicaid.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PLANES DE PRESBYTERIAN DUAL PLUS (HMO D-SNP)	004	006	005
Zona de servicio	Bernalillo, Doña Ana, Sandoval, Santa Fe, Valencia	Catron, Cibola, Colfax, De Baca, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, San Miguel, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union	Chaves, Curry, McKinley, Quay, Roosevelt, San Juan
PLANES DE PRESBYTERIAN DUAL PLUS (HMO D-SNP)	004 USTED PAGA	006 USTED PAGA	005 USTED PAGA
Prima mensual del plan	\$0 Según su situación de subsidio por bajos ingresos		
Deducible	\$0		
Obligación del gasto máximo de bolsillo anual	\$9,250	\$9,250	\$8,500
	Usted no tiene la obligación de pagar ningún gasto de su bolsillo para la cantidad máxima de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B		
Atención médica en el hospital para pacientes internados*	Copago de \$0		
Cirugía para pacientes ambulatorios*	Copago de \$0		
Consultas con un médico <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención médica primaria</li> <li>Especialistas</li> <li>Videoconsultas</li> </ul>	Copago de \$0		
Atención médica preventiva	Copago de \$0		
Atención médica de emergencia (No se tiene que pagar el copago si ingresa al hospital.)	Copago de \$0		
Servicios que se necesitan con urgencia	Copago de \$0		
Servicios diagnósticos, de laboratorio y de toma de imágenes*	Copago de \$0		

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PLANES DE PRESBYTERIAN DUAL PLUS (HMO D-SNP)	004 USTED PAGA	006 USTED PAGA	005 USTED PAGA
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rutinario anual</li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Servicios dentales rutinarios</b>	\$3,000 es la prestación máxima anual. Se cubren dentaduras postizas cada cinco años.	\$1,800 es la prestación máxima anual. Se cubren dentaduras postizas cada cinco años.	No se cubre
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen anual rutinario</li> <li>Diagnósticos y tratamientos de enfermedades y problemas de los ojos</li> <li>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</li> </ul>	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0		
<b>Servicios de salud mental*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para pacientes internados</li> <li>Sesiones de terapia en grupo para pacientes ambulatorios</li> <li>Sesiones de terapia en individual</li> <li>Tratamiento ambulatorio intensivo</li> <li>Hospitalización parcial</li> </ul>	Igual a la atención médica en el hospital para pacientes internados Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0		
<b>Centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF]*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1 - 20</li> <li>Días 21 - 100</li> </ul>	Copago de \$0 al día El 100% de los costos		
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitación cardíaca y pulmonar (se limita a 36 consultas al año)</li> <li>Consultas de terapia ocupacional, física y del habla y lenguaje</li> </ul>	Copago de \$0 Copago de \$0		
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$0		

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PLANES DE PRESBYTERIAN DUAL PLUS (HMO D-SNP)	004 USTED PAGA	006 USTED PAGA	005 USTED PAGA
<b>Transporte no urgente</b>	50 viajes de ida por año a consultas médicas, dentales y farmacéuticas con tal que se hayan aprobado.	30 viajes de ida por año a consultas médicas, dentales y farmacéuticas con tal que se hayan aprobado.	No se cubre
<b>Quimioterapia y medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Copago de \$0		
<b>Cuidados de los pies</b> <i>(Los servicios de podología cubiertos por Medicare)</i> Exámenes y tratamientos de los pies	Copago de \$0		
<b>Equipos/suministros médicos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos médicos duraderos <i>(p.ej., sillas de ruedas, oxígeno)</i></li> <li>• Protésicos</li> <li>• Suministros médicos</li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiras de pruebas, lancetas y medidores <i>(se limita la cobertura a los productos de marca Accu-Chek)</i></li> <li>• Monitores de la glucosa continuo [CGM por sus siglas en inglés] <i>(se limita la cobertura a los productos de Freestyle Libre)</i></li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Servicios quiroprácticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para corregir la subluxación <i>(se limita a 20 consultas al año)</i></li> <li>• Rutinario <i>(se limita a 25 consultas al año)</i></li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Atención médica en casa*</b>	Copago de \$0		

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Cobertura de medicamentos recetados de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

<b>Deducible</b>	Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS] – Usted paga: \$0 o \$550 (El deducible puede pagarse en su nombre) niveles 2 - 5							
<b>Cobertura de medicamentos recetados</b>	Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS], usted paga los siguiente: <table border="1" data-bbox="532 590 1487 810"> <tr> <td>T1 Genéricos preferenciales</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>T2 Genéricos</td> <td rowspan="4">                     Genéricos: \$0-\$5.10                      Marca y especializados: \$0-\$12.65                 </td> </tr> <tr> <td>T3 Marca preferenciales</td> </tr> <tr> <td>T4 Marca</td> </tr> <tr> <td>T5 Especializados</td> </tr> </table> <p>Usted puede conseguir sus medicamentos tanto por correo como en farmacias de venta al por menor de la red. Su plan tiene una farmacia de encargos por correo preferencial que ofrece ahorros por los suministros de suministro de 100 días en los niveles 1 y 2 o suministros de 90 días para los niveles 3 - 4.</p> <p>Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que en las farmacias de venta al por menor.</p> <p>Usted puede conseguir medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red al mismo costo que de una farmacia de la red.</p> <p>Su copago no será más de \$35 por un suministro de 30 días de insulinas cubiertas.</p>	T1 Genéricos preferenciales	\$0	T2 Genéricos	Genéricos: \$0-\$5.10 Marca y especializados: \$0-\$12.65	T3 Marca preferenciales	T4 Marca	T5 Especializados
T1 Genéricos preferenciales	\$0							
T2 Genéricos	Genéricos: \$0-\$5.10 Marca y especializados: \$0-\$12.65							
T3 Marca preferenciales								
T4 Marca								
T5 Especializados								
<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos. Puede ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). <p>Para más información, vaya a <a href="http://phs.org/Medicare">phs.org/Medicare</a> y <b>(505) 923-7675</b> o <b>1-855-465-7737</b> (TTY 711).</p>							
<b>Cobertura catastrófica</b>	Una vez que los costos de sus gastos del bolsillo anual por medicamentos (incluso los medicamentos que compre tanto por correo como en farmacias de venta al por menor) alcancen \$2,100, usted ya no pagará nada por todos sus medicamentos							

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Beneficios Suplementarios

PLANES DE PRESBYTERIAN DUAL PLUS (HMO D-SNP)	004 USTED PAGA	006 USTED PAGA	005 USTED PAGA
<b>Comidas</b> Se entregan a su domicilio un máximo de 30 comidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el copago de \$0.</li> <li>• Se entregarán a su domicilio un máximo de 30 comidas después estancia internado en el hospital o un centro de enfermería especializada.</li> <li>• Este programa se ha elaborado exclusivamente para mantenerle sano y fuerte cuando se esté recuperando de una estancia en el hospital como paciente internado.</li> <li>• El beneficio de comidas está a su disposición en las cuatro (4) semanas justo después de una estancia en el hospital.</li> <li>• Este beneficio se ofrece mediante el programa Meals on Wheels.</li> </ul>		
<b>Tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+</b> (para más información, consulte la página 8)	\$165 prestación trimestral/ \$660 prestación anual	\$50 prestación trimestral/ \$200 prestación anual	No se cubre
<b>Prestación para audífonos de TruHearing</b> (para más información, consulte la página 10)	\$2,000 cada 24 meses	\$2,000 cada 24 meses	\$2,000 cada 36 meses
<b>Prestación para anteojos</b>	Usted recibirá un subsidio de \$275 al año.		
<b>Programas de acondicionamiento físico (SilverSneakers)</b> (para más información, consulte la página 9)	\$0		
<b>Beneficio de comestibles</b> (para más información, consulte la página 8)	\$170 por trimestre hasta \$680 al año	\$100 por trimestre hasta \$400 al año	No se cubre

A lo mejor tenga derecho a recibir Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI por sus siglas en inglés), lo cual significa que, si le han diagnosticado una enfermedad crónica como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF por sus siglas en inglés), hipertensión o hiperlipidemia, puede recibir un beneficio trimestral para comprar alimentos. Tiene que haber asistido a una consulta anual de bienestar en los últimos doce (12) meses consecutivos. La elegibilidad la determina su plan, y a lo mejor no cumpla los requisitos, aunque padezca uno de estos problemas médicos.

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Cantidad permitida para medicamentos de venta libre en la tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+ para los planes de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Con Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Planes 004 y 005, recibirá una tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+ cargada con una prestación trimestral para comprar medicamentos sin receta (OTC por sus siglas en inglés) aprobados y otros productos relacionados con la salud.

- Cualquier saldo no utilizado se trasfiere al trimestre siguiente dentro del año calendario, pero caduca el 31° de diciembre de cada año. La prestación de Presbyterian Healthy Benefits+ puede utilizarse trimestralmente o guardarse y utilizarse a medida que se acumula.
- Usted es responsable de cualquier cantidad gastada que supere el saldo de la tarjeta en cualquier momento.
- Puede consultar el saldo de su cuenta, buscar las tiendas y hacer encargos en línea en [phs.org/myPres](https://phs.org/myPres) o en la aplicación móvil de Healthy Benefits+ o por teléfono con un catálogo.



## Beneficio de alimentación (SSBCI por sus siglas en inglés)

También a lo mejor tenga derecho a recibir una prestación suplementaria especial para alimentos si le han diagnosticado una de las enfermedades crónicas predeterminadas que se enumeran a continuación:

- Diabetes
- Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF)
- Hipertensión crónica
- Hiperlipidemia crónica

Debe haber asistido a una consulta anual de bienestar en los últimos doce (12) meses consecutivos. La elegibilidad la determina su plan y tal vez no reúna los requisitos aunque padezca uno de estos problemas médicos.

La bonificación se aplicará a la tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+.

	004	005	006
<b>Prestación de la tarjeta de Presbyterian Healthy Benefits+</b>	\$165 por trimestre	<b>No se cubre</b>	\$50 por trimestre
<b>Prestación del beneficio de alimentación (SSBCI)</b>	\$170 por trimestre hasta \$680 al año	<b>No se incluye</b>	\$100 por trimestre hasta \$400 al año

## RESUMEN DE BENEFICIOS



**MEJORE SU  
ACONDICIONAMIENTO  
FÍSICO CON LAS  
MEMBRESÍAS GRATUITAS  
DEL PROGRAMA  
DE SilverSneakers®**

**El programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers se incluye sin costarle nada más a usted.**

Puede visitar más de 15,000 locales participantes por todo el país, incluso Planet Fitness, Anytime Fitness, Defined Fitness, Chuze Fitness, YMCA, Snap Fitness y muchos otros más.

- Se puede matricular en varios locales en cualquier momento.
- Logre y mantenga un peso corporal sano.
- Tome clases de acondicionamiento físico en lugares convenientes y en línea
- Disfrute de entrenamientos en vídeo a pedido
- Amplíe su círculo de amigos y disfrute las actividades sociales
- Aproveche los consejos de entrenamiento diarios, recetas, artículos sobre salud y bienestar, ¡y mucho más!



Para los locales participantes y las clases en línea disponibles, visite [www.silversneakers.com](http://www.silversneakers.com).



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### DISFRUTE LA CAPACIDAD DE OÍR MEJOR Y LA ATENCIÓN AUDITIVA INTEGRAL

Es importante poder oír bien para su salud general. Por eso cubrimos un examen de audición rutinario anual sin copago.



### COBERTURA DE APARATOS AUDITIVOS EN EL 2026

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 004	Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 006	Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 005	Examen rutinario Todos los planes
\$2,000 de prestación máxima cada 24 meses	\$2,000 de prestación máxima cada 24 meses	\$2,000 de prestación máxima cada 36 meses	\$0 de copago por examen con un proveedor de TruHearing de la red

### Su beneficio de audición integral incluye:



#### Tecnología de última generación

- Disfrute sonido natural y realista en casi todas las situaciones auditivas.
- Oiga el habla claramente, aun en ambientes ruidosos.
- Transmita el audio y las llamadas telefónicas directamente a sus oídos con la mayoría de los teléfonos inteligentes.

#### Atención personalizada

- Orientación y ayuda de un asesor de TruHearing.
- Atención profesional y local de un proveedor acreditado donde usted vive.
- Un examen de audición más un año de consultas de seguimiento para hacer pruebas y ajustes.

#### Ayuda a lo largo del camino

- Una compra libre de preocupaciones con un plazo de prueba de 60 días más una garantía de tres años.
- Se incluyen 80 pilas gratuitas para cada aparato auditivo de los modelos no recargables.
- Guías para ayudarle a adaptarse a sus aparatos auditivos nuevos en [TruHearing.com/Presbyteriansnp](https://TruHearing.com/Presbyteriansnp).

Llame a TruHearing para informarse más a fondo y programar una cita.

1-833-759-6823 | TTY 711 | de las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, de lunes a viernes

## PRODUCTOS Y SERVICIOS DE VALOR AGREGADO



### SERVICIOS MUNDIALES DE ASISTENCIA EN CASO DE EMERGENCIA DE ASSIST AMERICA®



Su inscripción con un plan de Presbyterian Medicare Advantage incluye un programa único de asistencia mundial en caso de emergencia proporcionado por Assist America®. Este programa le conecta inmediatamente con proveedores de atención médica, hospitales, farmacias y otros servicios cualificados si sufre una emergencia mientras viaja a más de 100 millas de su domicilio permanente, o en otro país, durante un máximo de 90 días.

#### SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA:

- Consulta médica, evaluación y referidos
- Evacuación médica de urgencia
- Repatriación médica
- Asistencia para ingreso a un hospital extranjero
- Asistencia con los medicamentos recetados
- Seguimiento médico

#### SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE:

- Visita de compasión
- Cuidado de hijos menores
- Devolución de restos mortales
- Devolución de vehículo
- Equipaje perdido y asistencia documental
- Referidos legales y de intérpretes
- Información previa al viaje
- Aplicación móvil gratuita

Para los detalles de los beneficios, visite [www.assistamerica.com](http://www.assistamerica.com) o llame al **1-800-872-1414**.

Estos servicios/artículos adicionales no forman parte del conjunto de beneficios del plan ni del beneficio del Programa Medicare.

#### Condiciones y limitaciones:

Assist America paga todos los servicios de transporte que organiza. No se aceptarán solicitudes de reembolso por transporte médico u otros servicios organizados independientemente por el asegurado.

**Assist America no se responsabiliza por el costo de tratamientos médicos y otros servicios no médicos recibidos por el asegurado a partir de un referido realizado por Assist America.**

*Se aplican otras condiciones y limitaciones.*

# RESUMEN DE BENEFICIOS

1° de enero al 31° de diciembre del 2026

## RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS MEDICARE/MEDICAID DE NUEVO MÉXICO

Su programa Medicaid estatal se llama Turquoise Care.

Una persona quien tenga derecho tanto al Programa Medicare como a la asistencia médica de un plan de Programa Medicaid estatal se considera ser elegible dual. Como beneficiario elegible dual sus servicios los paga primero el Programa Medicare y luego el Programa Medicaid.

### Cobertura de beneficios

Turquoise Care ofrece un conjunto completo de servicios que incluye la salud de comportamiento, la salud física y el apoyo y los servicios de atención médica a largo plazo [long-term care services and supports, LTSS]. Los asegurados que califiquen para un nivel de atención médica en un centro de servicios de enfermería [Nursing Facility Level of Care, NF LOC] pueden obtener acceso a LTSS mediante los servicios del beneficio en la comunidad [Community Benefit, CB] (p. ej., servicios basados en la casa y la comunidad) sin puesto de exención. El beneficio en la comunidad está a su disposición mediante los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios basados en Agencias [Agency-Based Community Benefit, ABCB] (servicios que presta una agencia proveedora) y los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios Auto-Dirigidos [Self-Directed Community Benefit SDCB] (servicios que controla y dirige un participante). Las personas menores de 21 años quienes estén inscritos en el Programa Medicaid o en el Programa de Seguro Médico para Niños [Children's Health Insurance Program, CHIP] reciben servicios de pruebas periódicas y anticipadas de detección, diagnósticos y tratamiento [Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT].

Actualmente, conforme a Turquoise Care, la mayoría de los adultos quienes están inscritos en la categoría de expansión del Programa Medicaid reciben servicios mediante un Plan Alternativo de Beneficios [Alternative Benefit Plan, ABP]. El ABP es un conjunto completo de beneficios que cubre todos los servicios que se definen en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección de Pacientes [Patient Protection and Affordable Care Act, ACA] como "beneficios de salud esenciales," además de servicios dentales para adultos. Turquoise Care propone elaborar de nuevo el ABP en un solo conjunto completo de beneficios para adultos que cubriría tanto la categoría de expansión del programa Medicaid como los adultos que tienen la cobertura del Programa Medicaid conforme a la categoría de Padres/Cuidadores. El estado propone agregar un beneficio de la vista limitado al ABP y exentar de los servicios EPSDT a las personas de 19 a 20 años quienes estén cubiertos conforme a las categorías de Padres/Cuidadores o de expansión de adultos. Los adultos que se consideran "medicamente delicados" están exentos del ABP y pudieran recibir el conjunto de beneficios ordinario del Programa Medicaid, incluso acceso a los servicios del beneficio en la comunidad y atención en un centro de servicios de enfermería para las personas quienes cumplan los criterios de NF LOC. Si usted actualmente tiene derecho a recibir beneficios completos del Programa Medicaid, consulte su manual de asegurado de Medicaid u otros documentos estatales de Medicaid para obtener los detalles completos sobre los beneficios de Medicaid, así como las limitaciones, restricciones y exclusiones.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Si desea informarse más a fondo sobre los planes de Presbyterian Medicare Advantage, favor de llamarnos a los números teléfono que se indican a continuación o visítenos en [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare).

## Asesores de Presbyterian Dual Plus

(505) 923-5264 o 1-866-757-5264 (TTY 711)

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana (salvo los días feriados) del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

## Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (para los asegurados)

(505) 923-6060 or 1-800-797-5343 (TTY 711)

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

Usted puede consultar la guía de proveedores de servicios médicos y farmacias en nuestro sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y luego seleccione **Provider Directory [Guía de Proveedores de Atención Médica]** del panel de **Resources [Recursos]**.

Puede consultar la lista de medicamentos cubiertos y el directorio de farmacias de nuestro plan si visita nuestro sitio web [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y selecciona **Prescription Drug Coverage (cobertura de medicamentos recetados)** en el panel de **Resource (recursos)**.

Si desea informarse sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su guía actual de **Medicare & You [Usted y Medicare]**. La puede consultar en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o puede pedir una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las personas que utilizan la línea telefónica TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para informarse sobre cómo salvaguardamos la información médica protegida [Protected Health Information] y sus derechos, llámenos al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711) o visite el sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y seleccione **Privacy [Privacidad]** al pie de la página.

Los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red o no que estén contratados por el plan no están bajo ninguna obligación de tratar a los asegurados de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), salvo en situaciones de emergencia. Favor de llamar al número local de nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) o consulte su Evidencia de Cobertura si desea conseguir más información, incluso los costos compartidos que le corresponden pagar por los servicios que se reciban fuera de la red.

Si desea conseguir una lista completa de los beneficios y servicios que cubrimos, favor de comunicarse con el plan o de consultar la Evidencia de Cobertura. Usted puede bajar fácilmente una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare), y seleccione **Forms, Plan Information, Policies [Formularios, información del plan y políticas]** del panel de **Resources [Recursos]**. Además, puede pedir una copia.

---

Presbyterian Dual Plus es un HMO Special Needs Plan (SNP) [plan de necesidades especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud] que tiene contrato con el Programa Medicare y contrato con el Programa Medicaid de la Autoridad de Atención Médica del Estado de Nuevo México. La inscripción depende de la renovación del contrato. Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2028.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor. SHOOH: Diné bee yánit'i' gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jik'eh ná hólq. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'i'í ahoot'i'ígíí éi t'áá jik'eh hólq. Kohji' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'i'í hanidziih.

Para más información, visite <https://www.phs.org/nondiscrimination>.

# Notice of Availability

English	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-592-7737 (TTY: 711) or speak to your provider.
Spanish Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Navajo Diné	SHOOH: Diné bee yáníłt'i'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'j' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohji' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodíłnih doodago nika'análwo'í bich'j' hanidziih.
Vietnamese Việt	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-592-7737 (Người khuyết tật: TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
German Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-592-7737 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Chinese Simplified 简体中文	注意：如果您使用简体中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以提供无障碍格式版信息。请拨打 1-855-592-7737 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。
Chinese Traditional 繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服务，以提供無障礙格式版資訊。請致電 1-855-592-7737 (TTY:711) 或諮詢您的服務提供者。
Japanese 日本語	注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-592-7737 (TTY:711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
Filipino	ATTENTION: Kung marunong kang magsalita ng Filipino, makakagamit ka ng mga libheng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga angkop na karagdagang tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang libre. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Korean 한국어	주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-592-7737(TTY: 711)로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

French Français	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-592-7737 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Russian РУССКИЙ	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Urdu اردو	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، مفت لسانی اعانت کی خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ مناسب ضمنی امداد اور خدمات بھی قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 1-855-592-7737 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Nepali नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-855-592-7737 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
Bengali বাংলা	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-592-7737 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।
Hindi हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायताएँ और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Arabic اللغة العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فمتاح لك خدمات لغوية بالمجان. و متاح بالمجان أيضًا مساعدات وخدمات إضافية مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الحصول عليها. اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-855-592-7737 (خدمة الهاتف النصي) أو تحدث إلى مزود الخدمة المعني بك.
Turkish Türkçe	DiKKATİNİZE: Türkçe biliyorsanız, ücretsiz dil destek hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Ayrıca ücretsiz olarak, uygun yardımcı araçlarla ve hizmetlerle erişilebilir formatlarda bilgi de sağlanmaktadır. 1-855-592-7737 (TTY (İşitme ve Konuşma Engelli Destek Hattı): 711) numaralı telefondan bize ulaşabilir veya hizmet sağlayıcınız ile görüşebilirsiniz.