

# Resumen de Beneficios 2024

## Molina Medicare Complete Care Select HMO D-SNP

Utah H5628-012

Atiende: Box Elder, Cache, Davis, Iron, Salt Lake, Tooele, Utah, Washington y Weber

**En vigor desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2024**

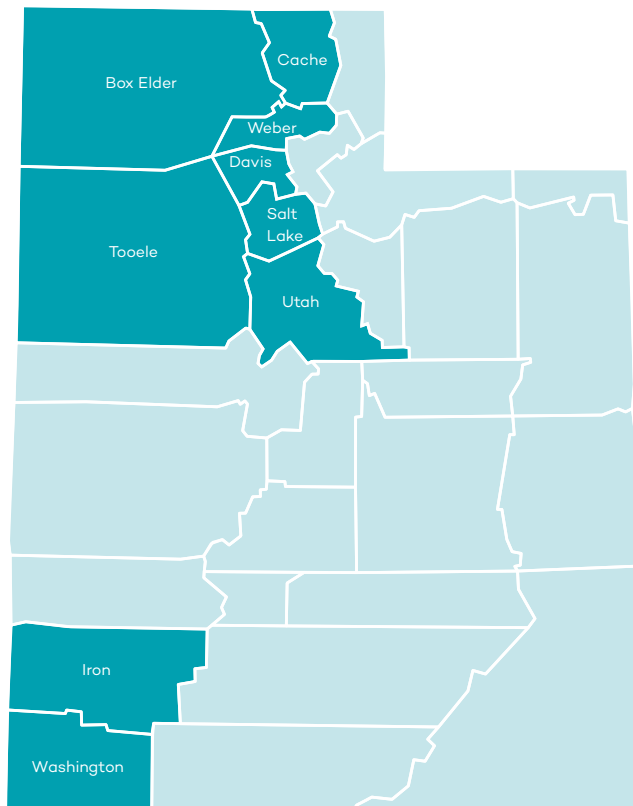
# Introducción al Resumen de Beneficios

## Molina Medicare Complete Care Select

Gracias por considerar Molina Healthcare. Todos merecen una atención de calidad. Desde 1980, nuestros miembros confían en Molina. Porque hoy, como siempre, ponemos sus necesidades en primer lugar.

Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que abarcamos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Puede encontrar una copia de la EOC en nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 665-1328, TTY/TDD 711, y le enviaremos una copia por correo.

Para registrarse en nuestro plan, debe tener derecho a la parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y Medicaid de Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Utah: Box Elder, Cache, Davis, Iron, Salt Lake, Tooele, Utah, Washington y Weber.



Molina tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite el Resumen de Beneficios de los otros planes, o bien use el Localizador de Planes de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros al **(888) 665-1328, TTY/TDD 711**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

## Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores, o menores de 65 años con determinadas discapacidades.

Medicare Original es un Programa de Seguros Federal. Les paga una tarifa por su atención directamente a los médicos y hospitales que usted visita. Medicare Original no cubre la mayoría de los casos de atención médica preventiva y genera gastos imprevistos de su propio bolsillo.



**Medicare Parte A (Seguro de Hospital)** cubre la atención durante hospitalización en hospitales, centros de cuidado experto, centros de cuidado paliativo y algunos servicios de atención médica domiciliaria.



**Medicare Parte B (Seguro Médico)** cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.



**Medicare Parte C (Medicare Advantage)** es una alternativa integral a Medicare Original. Los planes Medicare Advantage incluyen las Partes A, B y, por lo general, la Parte D. Es posible que algunos planes de Medicare Advantage generen menores gastos de su bolsillo que Medicare Original y que cubran beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, tales como beneficios dentales, para la vista o de audición. Medicare le paga una tarifa fija al plan por su atención médica y, luego, el plan les paga directamente a los médicos y hospitales. Medicare Advantage genera gastos de su propio bolsillo predecibles y ofrece atención médica preventiva y coordinación de cuidados.



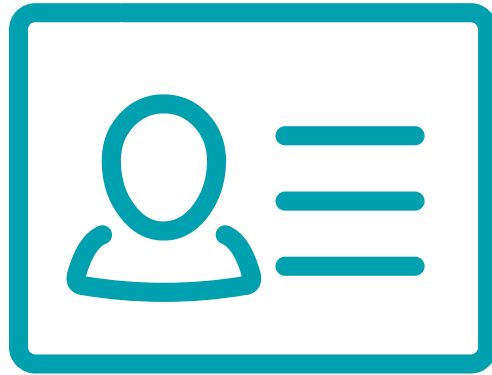
**Medicare Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados)** le ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

## Grupos de Cobertura de Doble Elegibilidad de Medicaid

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible para recibir ningún otro beneficio de Medicaid y debe pagar por todos sus costos compartidos.
- **Persona que Califica (QI, por sus siglas en inglés):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. De lo contrario, no es elegible para ningún beneficio de Medicaid Health.
- **Personas Discapacitadas y Empleados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** elegible para el pago de Medicaid de su prima de Medicare Parte A únicamente. De lo contrario, no es elegible para ningún beneficio de Medicaid.

### Si usted es un beneficiario SLMB, QI y QDWI:

Debido a que Medicaid no paga su costo compartido y usted no tiene beneficios completos de Medicaid Health, su costo compartido suele ser del 20%\*. Existen algunas excepciones, como los exámenes preventivos para el bienestar y los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare, que tienen un costo compartido de \$0.



### **Cambios de Elegibilidad:**

Es importante leer y responder a toda correspondencia que provenga del Seguro Social y de su oficina estatal de Medicaid así como mantener su estado de elegibilidad para Medicaid.

Periódicamente, como es requerido por CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad para Medicaid así como su grupo de doble elegibilidad. Si su estado de elegibilidad cambia, su costo compartido también puede cambiar de \$0 a 20%\* o de 20%\* a \$0. Si pierde totalmente su cobertura Medicaid, se le brindará un período de gracia para que pueda volver a solicitar beneficios de Medicaid y sea reintegrado si aún puede recibir los beneficios del programa.

Si ya no califica para Medicaid, se podría cancelar su inscripción en el plan de forma involuntaria. Su agencia estatal de Medicaid le enviará una notificación de su pérdida de Medicaid o cambio en el grupo de Medicaid. También podríamos comunicarnos con usted para que vuelva a solicitar beneficios de Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cada vez que cambie su dirección postal o número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios completos o parciales de Medicaid, consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos estatales de Medicaid para obtener mayores detalles sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de Medicaid. Puede comunicarse con el programa de Medicaid de Utah a través de la oficina del Departamento de Salud de Utah: División de Financiamiento de Salud y Medicaid.

\* El deducible anual para los servicios de la Parte B y el coseguro de 20% (según corresponda), además de los diferentes montos de costos compartidos para los servicios de la Parte A, se aplican cuando el monto del costo compartido del miembro no es \$0.

# Resumen de Primas y Beneficios

## Molina Medicare Complete Care Select

### Prima mensual

\$0 al mes



Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.

Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

### Deducible médico

\$226 por año para servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Esta suma puede ser modificada para 2024.



### Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo

\$8,850 cada año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red (no incluye medicamentos recetados).



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Hospitalización



Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital por período de beneficios.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días por período de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios.

- \$325 de copago por día para los días 1 a 6 del periodo de beneficios.
- \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del periodo de beneficios.
- \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Atención hospitalaria ambulatoria



20% del costo por consulta

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Centro de Cirugía Ambulatoria



\$50 de copago por consulta

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Consultas al Médico Atención Médica Primaria



\$0 de copago por consulta

### Especialistas

\$30 de copago por consulta

### Atención Médica Preventiva



\$0 de copago

Busque las filas con la manzana en la Tabla de Beneficios médicos del Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.



# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Complete Care Select

### Atención de Emergencia

\$100 de copago



### Servicios Requeridos Urgentemente

\$30 de copago



### Servicios de Diagnóstico, Laboratorio e Imágenes



#### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago (consultorio del médico o centro independiente) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios de laboratorio

\$0 de copago (consultorio del médico o centro independiente) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [RM] o tomografía computarizada [TC])

\$0 de copago (consultorio del médico o centro independiente) o el 20% del costo (hospital)

#### Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

#### Radiología terapéutica

20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa.*

*No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Servicios de Audición



#### **Exámenes de diagnóstico auditivo y del equilibrio cubiertos por Medicare**

\$30 de copago

#### **Examen auditivo de rutina**

\$0 de copago, 1 por año

#### **Ajuste/evaluación de un aparato auditivo**

\$0 de copago, 1 cada año

#### **Aparatos auditivos**

\$0 de copago

Nuestro plan cubre examen de audición de rutina y hasta 2 audífonos preseleccionados cada 2 años.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Complete Care Select

### Servicios Dentales



### Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$0 de copago

**Nos hemos asociado con un proveedor de servicios dentales con el objetivo de brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina.**

Si utiliza un proveedor dentro de nuestra red de proveedores de servicios dentales, obtendrá servicios dentales preventivos de exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías sin ningún costo para usted.

Además, tendrá \$1,000 en su tarjeta MyChoice para cualquier servicio adicional de este proveedor.

Si elige utilizar un proveedor de servicios dentales fuera de la red de proveedores, todos y cada uno de los servicios prestados (incluido cualquier servicio dental preventivo o integral) solo estarán cubiertos cuando use su tarjeta MyChoice y solo hasta la asignación de beneficios de \$1,000.

La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito (no una tarjeta de crédito) y es para uso del miembro únicamente para sus necesidades dentales. Esta asignación de beneficios dentales se cargará en su tarjeta MyChoice al comienzo de su período de beneficios (anualmente).

Al final de cada año de beneficios, cualquier asignación de beneficios no utilizada vencerá y no se transferirá al siguiente período o año del plan. Consulte la EOC para obtener detalles de cobertura adicionales.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Servicios para la Vista



### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

- Examen de la vista para diagnosticar o tratar enfermedades de los ojos (incluido un examen preventivo cada año de detección de glaucoma): \$0 de copago
- Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: 20% del costo

### **¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista con el objetivo de brindarle más valor para sus necesidades de la vista de rutina!**

Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:

La cobertura incluye:

- Un examen de la vista de rutina cada año calendario
- Asignación para artículos para la vista

Puede usar su asignación para artículos para la vista de \$500 para comprar lo siguiente:

- Lentes de contacto\*
- Anteojos (lentes y marcos)
- Lentes o marcos de anteojos
- Mejoras (como lentes de color, con protección UV, polarizados o fotocromáticos)

\*Si elige lentes de contacto, su asignación para artículos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto.

Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos para la vista del plan.

\$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos cada año calendario.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Complete Care Select

### Servicios de salud mental



#### Consulta de paciente internado

Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

En 2023, las sumas por cada período de beneficios fueron de \$0 o:

- \$1,600 de deducible por periodo de beneficios
- \$0 por los primeros 60 días de cada período de beneficios
- \$400 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios
- \$800 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta un máximo de 60 días de por vida)

Estos montos pueden ser modificados para 2024.

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios

\$45 de copago

### Centro de Cuidado Experto



Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de cuidado experto.

En 2023, las sumas por cada período de beneficios fueron de \$0 o:

- \$0 de copago por día para los días 1 a 20
- \$200 de copago por día para los días 21 a 100
- Todos los costos a partir del día 101.

Estas sumas se pueden modificar para 2024.

No se requiere hospitalización previa.

*Puede que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Fisioterapia



#### Fisioterapia y terapia del habla

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)  
*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación cardíaca

\$30 de copago  
*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación pulmonar

\$15 de copago  
*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Servicios de terapia ocupacional

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)  
*Puede que se requiera autorización previa.*

### Ambulancia



20% del costo

*Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.*

### Transporte



\$0 de copago

Asignación de \$400 cada trimestre para transporte de rutina y beneficio de venta libre combinados. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

Debe utilizar su tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información.

## Medicamentos de Medicare Parte B

### Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de la Parte B

\$0 de copago a 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa.*

## Resumen de cobertura de medicamentos

### Farmacia minorista estándar y Farmacia para pedidos de medicamentos por correo

Según su ingreso y su condición institucional, usted paga lo siguiente:

Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos):

- \$0 de copago

En el caso de los demás medicamentos:

- \$0 de copago
- 

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Etapas de Cobertura

### **Etapa 1: Deducible**

Usted paga el costo total de los medicamentos de Categoría de la 1 a la 5 hasta alcanzar el deducible de \$0 o \$104 cada año.

Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible de la Parte D puede variar. Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a usted.

### **Etapa 2: Cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos totales por medicamentos" del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) asciendan a \$5,030.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

### **Etapa 3: Brecha de cobertura**

Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare.

### **Etapa 4: Cobertura catastrófica**

Después de que los costos anuales de su propio bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) lleguen a \$8,000, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.



# Resumen de Otros Beneficios

## Molina Medicare Complete Care Select

### Acupuntura



### Acupuntura Cubierta por Medicare

\$15 de copago

Se cubren hasta 12 consultas en 90 días por lumbago crónico. Se cubren hasta ocho sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

### Acupuntura de rutina

\$15 de copago

Hasta 12 consultas por año para servicios de rutina

### Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco



\$0 de copago

8 consultas de asesoramiento ofrecidas además de Medicare.

### Servicios de telemedicina adicionales



\$0 de copago

Servicios de médico de atención primaria

### Examen físico anual



\$0 de copago

### Atención Quiropráctica



### Servicios Quiroprácticos Cubiertos por Medicare

\$15 de copago

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se mueven de su posición).

### Diálisis



20% del costo

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Beneficio de acondicionamiento físico



\$0 de copago  
Silver&Fit les ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y kits de ejercicios para el hogar, en el caso de los miembros que prefieren hacer ejercicio en casa o mientras viajan.

### Cuidado de los Pies (podología)



#### Exámenes y Tratamiento de los Pies Cubiertos por Medicare

\$30 de copago  
Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple con determinadas condiciones.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Educación para la salud



\$0 de copago  
Programas que le ayudan a aprender a controlar sus afecciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.

### Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Beneficio de alimentos



\$0 de copago

El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 42 entregas de comidas, según las necesidades del miembro. Máximo de 112 comidas y 8 semanas por año. Debe cumplir con los criterios aprobados por el plan.

*Puede que se requiera autorización previa.*

# Resumen de Otros Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Complete Care Select

### Equipo médico y suministros



**Equipo médico duradero** (como silla de ruedas u oxígeno)  
20% del costo

#### Suministros Protésicos/Médicos

20% del costo

#### Suministros y Servicios para Diabéticos

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa para obtener Equipo médico duradero, Suministros protésicos/médicos y Suministros para diabéticos.*

*Se requiere autorización previa para calzado y accesorios para diabéticos.*

*No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.*

### Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas



\$0 de copago

Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### Beneficio de nutrición/alimentación



\$0 de copago

12 sesiones individuales o grupales cada año; asesoramiento telefónico individual sobre nutrición, previa solicitud.

### Servicios del programa de tratamiento de opioides



\$0 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

**Servicios de sangre para pacientes ambulatorios** 20% del costo  
Deducible de 3 pintas exonerado



**Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios** \$30 de copago  
Consultas de tratamiento individuales o grupales  
*Puede que se requiera autorización previa.*



**Artículos de venta libre** \$0 de copago  
\$400 de asignación por trimestre para beneficios de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y transporte combinados. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.



Debe utilizar su tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información.

**Sistema Personal de Auxilio para Emergencias Plus (PERSPlus)** \$0 de copago  
En el caso de estar autorizado, proporcionaremos un dispositivo interno para notificar al personal apropiado en caso de emergencia (p. ej., una caída).



Se requiere revisión de la administración de casos.

*Puede que se requiera autorización previa.*

**Atención médica urgente/de emergencia en todo el mundo** \$0 de copago  
Tiene cobertura para servicios de atención médica urgente y emergencias en todo el mundo hasta un máximo de \$10,000.



# Resumen de Otros Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Complete Care Select

### Tarjeta MyChoice



\$0 de copago

Usted recibe una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como:

- Servicios dentales
- Alimentos y productos agrícolas\*.
- Artículos de venta libre y servicios de transporte rutinarios combinados
- Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas\*

Los fondos se cargan a la tarjeta en cada período de beneficios. Un período de beneficios puede ser mensual, trimestral o anual, según los beneficios. Al final de cada período de beneficios, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente período o año del plan.

*\*Se aplican requisitos de elegibilidad*

### Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas



\$0 de copago

\$150 de asignación por trimestre para los siguientes beneficios:

- Aplicaciones de salud mental y bienestar.
- Suministros para animales de servicio.
- Control de plagas
- Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre.

La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

\$85 de asignación por mes para alimentos y productos agrícolas. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente mes.

*Puede que se requiera autorización previa.*

Debe utilizar su tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información.

*Los miembros deben completar una evaluación de riesgos para la salud y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

# Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid

## Servicios Cubiertos

Las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid se consideran que tienen doble elegibilidad. Aunque usted no tenga beneficios completos de Medicaid, es posible que reciba ayuda con la prima de su plan.

Beneficio	Molina Medicare Complete Care Select	Utah Medicaid
-----------	--------------------------------------	---------------

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

#### Primas y otra información importante

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o es posible que no deba pagar nada.

#### General

\$0 de prima mensual del plan

#### Dentro de la red

\$0 o \$226 de deducible por año para servicios dentro de la red. Esta suma puede ser modificada para 2024.

\$8,8500 de límite de gastos de su bolsillo para servicios cubiertos por Medicare.

La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Consulte la sección Categorías de Cobertura de Doble Elegibilidad de Medicaid en este documento para obtener más información.

# Glosario de términos

## **Coseguro**

El porcentaje que usted paga como su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20 por ciento, usted debe pagar el 20 por ciento del costo de su factura médica.

## **Copago**

La suma fija que usted paga como su parte del costo de un servicio o suministro. Por ejemplo, puede tener un copago de \$20 cada vez que visite a su médico de atención primaria.

## **Deducible**

La suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a realizar los pagos.

## **Ayuda Adicional**

Un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados, como primas, deducibles y coseguro.

## **Atención a largo plazo**

Servicios y apoyo para personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse y bañarse. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan por atención a largo plazo.

## **Medicaid**

Un programa estatal y federal que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos.

## **Medicare Advantage**

También conocido como Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa al Medicare Original. Proporciona todos los beneficios de la Parte A y la Parte B y, a menudo, ofrece beneficios adicionales, como atención dental y cuidado para la vista.

## **Medicare Original**

Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (Seguro Médico). La mayoría de las personas lo obtienen cuando cumplen 65 años. El Gobierno federal administra Medicare Original.

## **Máximo de gastos de su bolsillo**

Monto máximo que usted paga por los servicios cubiertos en un año. Una vez que alcanza este monto, su seguro cubre el 100 por ciento de su atención médicamente necesaria por el resto del año.

## **Prima**

El dinero que le paga mensualmente a Medicare o a un plan de atención médica para obtener cobertura.

## **Servicios médicos preventivos**

Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana. La mayoría de los planes de salud deben cubrir algunos servicios médicos preventivos importantes, como vacunas contra la gripe y exámenes preventivos de la presión arterial, sin costo alguno para usted.



## ¿Cómo puede inscribirse?



### **Solicitar por Teléfono**

Llame al **(866) 403-8293, TTY/TDD 711**, para inscribirse por teléfono. Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y le ayudará a inscribirse.



### **Solicitar en Persona**

Si prefiere reunirse en persona con uno de nuestros asesores confiables de Molina Medicare, llámenos para programar una cita.



### **Solicitar por Correo**

Simplemente llene la solicitud de inscripción y envíela usando el sobre con franqueo pagado. Si aún no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y le enviaremos una por correo.



### **Solicitud en línea**

Visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare) para realizar la solicitud en línea.

Molina Healthcare es un plan DSNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes DSNP tienen un contrato con el programa estatal Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. 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 (888) 665-1328, TTY: 711. Someone who speaks English can help you. This is a free service. Español: 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 (888) 665-1328, TTY: 711. Alguien que hable español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito. Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.



# Contáctenos

¿Está listo para inscribirse o tiene preguntas?

Llame al **(866) 403-8293, TTY: 711**

Los miembros actuales deben llamar al: **(888) 665-1328,  
TTY: 711**

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora  
local



H5628\_24\_012\_UTSB\_M\_ES

UTM12SBSP0924

UTS562812SBSP24