

Resumen de Beneficios 2024

Molina Medicare Complete Care HMO D-SNP

Arizona H8845-001

Atiende: Gila, Maricopa y Pinal

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

Introducción al Resumen de Beneficios

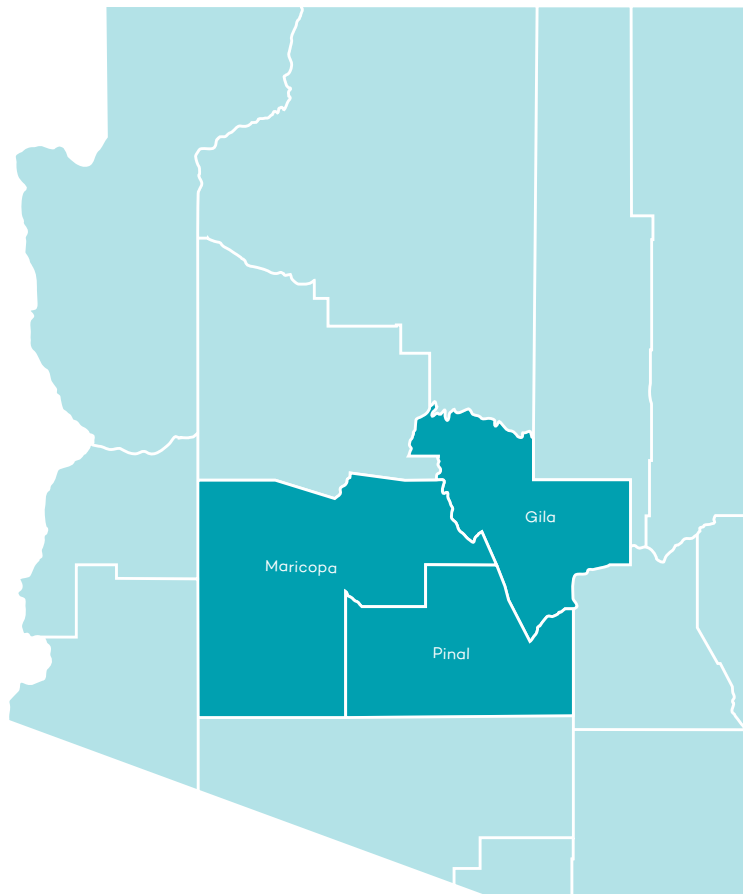
Molina Medicare Complete Care

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. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 424-4509, TTY/TDD 711, y le enviaremos una copia por correo.

Para inscribirse a nuestro plan, debe:

- Contar con Medicare Parte A o Parte B o ser elegible para recibir sus beneficios.
- Estar inscrito(a) en Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid)
- Vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Gila, Maricopa y Pinal.



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 **(800) 424-4509, 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

De acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ningún tipo de responsabilidad de coparticipación por los servicios cubiertos por Medicare. Molina ofrece cobertura para estos niveles de beneficiarios:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** Medicaid paga las sumas de sus primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados Plus (SLMB+):** Medicaid paga su prima de la Parte B de Medicare y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (FBDE, por sus siglas en inglés):** en ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Si usted es un beneficiario QMB+: Tiene un costo compartido de \$0, a excepción de los copagos de medicamentos recetados de la Parte D, siempre que siga siendo miembro QMB+.

Si usted es un beneficiario SLMB+ o FBDE: usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid y, a veces, para los costos compartidos limitados de Medicare. Como tal, su costo compartido es \$0. Por lo general, su costo compartido es \$0 cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid.

Además, los exámenes preventivos para el bienestar y la mayoría de los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare también 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. 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. En su estado, puede comunicarse con el programa de Medicaid a través del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS).

Resumen de Primas y Beneficios

Molina Medicare Complete Care

Prima mensual \$0 al mes



Deducible médico Este plan no tiene un deducible.



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).



Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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

Molina Medicare Complete Care

Hospitalización



Usted paga \$0 por una internación en el hospital de entre 1 y 90 días 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.

Puede que se requiera autorización previa.

Atención hospitalaria ambulatoria



\$0 de copago por consulta

Puede que se requiera autorización previa.

Centro de Cirugía Ambulatoria



\$0 de copago por consulta

Puede que se requiera autorización previa.

Consultas al Médico Atención Médica Primaria



\$0 de copago por consulta

Especialistas

\$0 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

Atención de Emergencia \$0 de copago



Servicios Requeridos Urgentemente \$0 de copago



Servicios de Diagnóstico, Laboratorio e Imágenes



Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago

Servicios de laboratorio

\$0 de copago

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

\$0 de copago

Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

Radiología terapéutica

\$0 de copago

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

Servicios de Audición



Exámenes de diagnóstico auditivo y del equilibrio cubiertos por Medicare

\$0 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 una asignación máxima anual de \$3,500 para ambos oídos combinados.

Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

Molina Medicare Complete Care

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 \$550 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 \$550.

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

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: \$0 de copago

¡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

Servicios de salud mental



Consulta de paciente internado

Usted paga \$0 por una hospitalización de 1 - 90 días.

Hay un límite vitalicio de 190 días para la atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados. 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 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.

Puede que se requiera autorización previa.

Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios

\$0 de copago

Centro de Cuidado Experto



Usted paga \$0 por una hospitalización en un centro de cuidado experto de 1 a 100 días.

No se requiere hospitalización previa.

Puede que se requiera autorización previa.

Fisioterapia



Fisioterapia y terapia del habla

\$0 de copago

Puede que se requiera autorización previa.

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

\$0 de copago

Puede que se requiera autorización previa.

Servicios de terapia ocupacional

\$0 de copago

Puede que se requiera autorización previa.

Ambulancia



\$0 de copago

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

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

Molina Medicare Complete Care

Transporte Sin cobertura



Medicamentos de Medicare Parte B

**Medicamentos para quimioterapia/
radiación y otros
medicamentos de la
Parte B** \$0 de copago
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

Etapas 1: Deducible

Debido a que no hay deducible de medicamentos para el plan, esta etapa no se aplica a usted.

Etapas 2: Cobertura inicial

Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. 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) ascienden 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.

Etapas 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.

Etapas 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

Acupuntura



Acupuntura Cubierta por Medicare

\$0 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.

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

Incluye servicios de médicos de atención primaria, servicios de médicos especialistas y servicios del programa de tratamiento de opioides.

Atención Quiropráctica



Servicios Quiroprácticos Cubiertos por Medicare

\$0 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).

Servicios Quiroprácticos de Rutina

\$0 de copago

Hasta 12 consultas por año para servicios de rutina

Diálisis



\$0 de copago

Cuidado de los Pies (podología)



Exámenes y Tratamiento de los Pies Cubiertos por Medicare

\$0 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.

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

Molina Medicare Complete Care

Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

Puede que se requiera autorización previa.

Equipo médico y suministros



Equipo médico duradero (como silla de ruedas u oxígeno)

\$0 de copago

Suministros Protésicos/Médicos

\$0 de copago

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.

Servicios del programa de tratamiento de opioides



\$0 de copago

Puede que se requiera autorización previa.

Servicios de sangre para pacientes ambulatorios



\$0 de copago

Resumen de Otros Beneficios (continuación)

Molina Medicare Complete Care

Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios



\$0 de copago
Consultas de tratamiento individuales o grupales

Puede que se requiera autorización previa.

Artículos de venta libre



\$0 de copago
\$150 de asignación por trimestre para artículos OTC. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

Debe utilizar su tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios.

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.

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
- 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

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

Molina Medicare Complete Care

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.

Asignación de \$110 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.

Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid

Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona

Beneficios para el 2024 de los Planes para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Doble Elegibilidad

Para que comprenda mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla indica sus cargos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad de costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés): \$0. Su Plan de Salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare, a menos que se indique lo contrario a continuación.
- Beneficiario no QMB con Medicare Partes A y B: Su Plan de Salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare solo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como <u>QMB con Elegibilidad</u> Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como <u>QMB sin Elegibilidad</u> Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1)		
Hospitalización	\$0	\$0
Atención de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados	\$0	\$0
Servicios de centro de enfermería	\$0	\$0
Consulta de Atención Médica Domiciliaria	\$0	\$0

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

Beneficio	Como QMB con Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como QMB sin Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
-----------	---	---

**PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1)
(CONTINUACIÓN)**

Consulta con el Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	\$0	\$0 por consultas preventivas, y \$0 y \$4 por otras consultas, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más (2). \$0 para los miembros de 20 años o menos.
--	-----	---

Consulta con el Especialista	\$0	\$0 por consultas preventivas, y \$0 y \$4 por otras consultas, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más. \$0 para los miembros de 20 años o menos.
-------------------------------------	-----	---

Servicios Cubiertos por Medicare, incluida la Consulta de Atención Quiropráctica, la Administración de Casos Crónicos/Complejos, etc.	\$0	\$0 para los miembros de 20 años o menos. Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.
--	-----	---

Consulta de Servicios de Podología	\$0	\$0
---	-----	-----

Consulta de Cuidados de Salud Conductual para Pacientes Ambulatorios	\$0	\$0
---	-----	-----

Consultas de Atención por Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	\$0	\$0
--	-----	-----

Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Como <u>QMB con Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:	Como <u>QMB sin Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1) (CONTINUACIÓN)		
Consulta en el Centro de Cirugía Ambulatoria o en el Centro Hospitalario Ambulatorio	\$0	\$0 a \$3, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más. \$0 para los miembros de 20 años o menos.
Servicios de Ambulancia	\$0	\$0
Servicios de Emergencia	\$0	\$0
Consulta de Atención de Urgencia	\$0	\$0 a \$4, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más. \$0 para los miembros de 20 años o menos.
Consulta Ambulatoria de Terapia Ocupacional/Física/ del Habla	\$0	\$0 a \$3, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más. \$0 para los miembros de 20 años o menos.
Equipo Médico Duradero	\$0	\$0
Dispositivos Ortopédicos	\$0	\$ 0 Sin cobertura para extremidad o articulación inferior controlada por microprocesador para mayores de 21 años .

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

Beneficio	Como <u>QMB con Elegibilidad</u> <u>Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:	Como <u>QMB sin Elegibilidad</u> <u>Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:
-----------	---	---

**PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1)
(CONTINUACIÓN)**

Capacitación y Suministros para el Autocontrol de la Diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta con un PCP)	\$0	\$0
Pruebas de Diagnóstico, Radiografías y Servicios de Laboratorio (incluidos los Servicios de Diagnóstico y Pruebas del COVID-19)	\$0	\$0
Examen de Detección Colorrectal	\$0	\$0
Vacunas para la Gripe y la Neumonía	\$0	\$0
Mamografía de Detección	\$0	\$0
Prueba de Papanicolaou y Exploración Pélvica	\$0	\$0
Examen de Detección del Cáncer de Próstata	\$0	\$0
Diálisis Renal o Terapia Nutricional para la Enfermedad Renal en Fase Terminal	\$0	\$0

Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Como <u>QMB con Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:	Como <u>QMB sin Elegibilidad Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1) (CONTINUACIÓN)		
Medicamentos Recetados (3)	\$0	\$0 a \$2.30, según la elegibilidad (2) para los miembros de 21 años o más. \$0 para los miembros de 20 años o menos.
Exámenes Auditivos, Pruebas de Audición Rutinarias y Ajustes y Evaluación de un Aparato Auditivo	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.</i>	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.</i>
Aparatos auditivos	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.</i>	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.</i>
Examen de la Vista Rutinario, Anteojos, Lentes de Contacto, Lentes y Monturas	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más, salvo después de una cirugía de cataratas.</i>	\$0 para los miembros de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para los miembros de 21 años o más.</i>
Servicios Dentales de Emergencia para Adultos	\$0 para mayores de 21 años. <i>Los servicios están sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para mayores de 21 años. <i>Los servicios están sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>

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

Beneficio	Como <u>QMB con Elegibilidad</u> <u>Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:	Como <u>QMB sin Elegibilidad</u> <u>Doble del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona</u> (AHCCCS), usted paga:
-----------	---	---

**PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS (1)
(CONTINUACIÓN)**

Transporte Medicamento Necesario que no sea de Emergencia	\$0	\$0
--	-----	-----

PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO SOLAMENTE (1)

Servicios de centro de enfermería	Costo compartido determinado por el AHCCCS	Costo compartido determinado por el AHCCCS
Servicios de Relevó	\$ 0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses que comience el 1 de octubre de cada año.	\$ 0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses que comience el 1 de octubre de cada año.
Servicios en el Hogar y Basados en la Comunidad	Contribución de los miembros determinada por AHCCCS.	Contribución de los miembros determinada por AHCCCS.
Servicios Dentales Preventivos para Adultos (4)	\$0 para mayores de 21 años. Los servicios están sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.	\$0 para mayores de 21 años. Los servicios están sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.

(1) Los Programas de Medicaid de Atención Aguda incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Acuerdos Regionales de Salud Conductual de ACC (ACC Regional Behavioral Health Agreements, ACC-RBHA) y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (Mercy Care Department of Child Safety Comprehensive Health Plan, Mercy

Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid (continuación)

Care DCS CHP). Los programas de Medicaid de atención a largo plazo incluyen personas mayores y discapacitados físicos (E-PD) y la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

(2) Consulte la página web de AHCCCS para obtener información adicional sobre los costos compartidos, copagos y beneficios de los beneficiarios.

(3) Los montos de copago de Medicare Parte D son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estas cantidades, excepto para los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determinan enfermos mentales graves (Seriously Mentally Ill, SMI) utilizando fondos admisibles que no son del Título XIX.

(4) Además de los Servicios Dentales para Adultos de Emergencia descritos anteriormente.

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

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 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 (800) 424-4509, 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 (800) 424-4509, 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: **(800) 424-4509,
TTY: 711**

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



H8845_24_001_AZSB_M_ES

AZM01SBSP0924

AZS884501SBSP24