

# Resumen de beneficios

**IDAHO**

Kootenai, Twin Falls

**Molina Medicare Options (HMO)**

**(844) 560-9811; TTY/TDD al 711**

Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

[MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)



# 2018

## Información acerca de Molina Medicare Options (HMO)

Molina Medicare Options (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de salud. Si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios. Por lo general, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados que están cubiertos como parte de la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestra página web [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). O bien, puede llamarnos por teléfono y nosotros le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

Este folleto es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted debe pagar. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”.

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Molina Medicare Options (HMO), usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Kootenai, Twin Falls.

### ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo. Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor de salud. Puede ver el formulario completo del plan (la lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestra página web, [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). O bien, puede llamarnos por teléfono y le enviaremos una copia del formulario.

### ¿Cómo puedo determinar el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de cinco “categorías”. Usted debe usar su formulario de medicamentos para determinar en qué categoría se encuentra su medicamento y cuánto costará. El monto que usted pagará depende de la categoría del medicamento y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento explicaremos las etapas de los beneficios que se producen después de alcanzar su deducible: Cobertura Inicial, Brecha en Cobertura y Cobertura Catastrófica .

### Cómo comunicarse con nosotros:

Usted puede llamar los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si usted es **miembro** de este plan, llame al número gratuito:

(844) 560-9811; TTY / TDD al 711.

Si usted es **no es miembro** de este plan, llame al número gratuito:

(866) 403-8293; TTY / TDD al 711.

O bien, visite nuestra página web: [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## Prima, deducible y límites mensuales

<b>Prima mensual del plan de salud</b>	\$45 por mes
<b>Deducible</b>	\$250 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los medicamentos incluidos en la Categoría 1 y Categoría 2, que están excluidos del deducible.
<b>Responsabilidad máxima de su propio bolsillo (este no incluye los medicamentos recetados)</b>	<p>\$5,500 cada año para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos de su propio bolsillo, usted seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que están cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año.</p> <p>Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales sobre los gastos de su propio bolsillo para cuidado médico y hospitalario.</p>

## Beneficios médicos y de hospital cubiertos

### Molina Medicare Options (HMO)

#### COBERTURA DE HOSPITAL PARA PACIENTE INTERNADO

*Una autorización previa puede ser necesaria*

Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado y finaliza cuando ya no reciba atención como paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o SNF una vez haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.

- \$295 de copago cada día, para los días 1 a 6
- \$0 cada día, para los días 7 a 90
- \$0 cada día, para los días 91 y después

#### COBERTURA DE HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO

**Atención hospitalaria ambulatoria**

\$295 de copago

*Una autorización previa puede ser necesaria*

**Centro quirúrgico ambulatorio**

\$225 de copago

*Una autorización previa puede ser necesaria*

#### CONSULTAS CON MÉDICOS

**Cuidado primario**

\$5 de copago

**Especialistas**

\$50 de copago

*Una remisión puede ser necesaria*

## Beneficios médicos y de hospital cubiertos

### Molina Medicare Options (HMO)

#### CUIDADO PREVENTIVO

Cualquier servicio preventivo adicional que esté aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.

\$0 de copago

#### ATENCIÓN DE EMERGENCIA

##### Atención de emergencia

\$75 de copago

Usted tiene cobertura internacional para los servicios de emergencia o cuidado urgente con un máximo de \$10,000

#### SERVICIOS URGENTES NECESARIOS

##### Servicios Urgentes Necesarios

\$25 de copago

Usted tiene cobertura internacional para los servicios de emergencia o cuidado urgente con un máximo de \$10,000

#### SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIO / SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA

##### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$15 de copago

*Una autorización previa puede ser necesaria*

##### Servicios de laboratorio

\$15 de copago

##### Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., MRI)

20% del costo

*Una autorización previa puede ser necesaria*

##### Radiología para pacientes ambulatorios

\$15 de copago

## Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options (HMO)	
<b>Servicios radiológicos terapéuticos</b>  <i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	20% del costo
<b>SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN</b>	
<b>Exámenes diagnósticos de audición y equilibrio que están cubiertos por Medicare</b>  Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	\$50 de copago
<b>SERVICIOS DENTALES</b>	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	\$50 de copago
Servicios dentales preventivos	\$0 de copago  Examen bucal (hasta 2 cada año) Limpieza (hasta 2 cada año) Tratamiento con fluoruro (un máximo 1 cada año) Radiografía dental (hasta 1 cada año)
<b>SERVICIOS PARA LA VISTA</b>	
Examen de la vista para diagnosticar / tratar enfermedades de los ojos que está cubierto por Medicare (incluyendo un examen preventivo de glaucoma cada año)	\$0 - \$50 de copago dependiendo del servicio
Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago

## Beneficios médicos y de hospital cubiertos

<b>Molina Medicare Options (HMO)</b>	
Examen de los ojos de rutina 1 visita cada año	\$0 de copago
Elementos para la vista <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de contacto</li> <li>• Anteojos (monturas y lentes)</li> <li>• Monturas de anteojos</li> <li>• Lentes de anteojos</li> <li>• Actualizaciones</li> </ul>	\$0 de copago  Hasta \$200 de asignación cada dos años naturales para artículos de la vista

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

<b>Servicios de salud mental</b>	Consulta como paciente internado:
<i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	<p>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 bajo internación que sean proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado y finaliza cuando ya no reciba atención como paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o SNF una vez haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.</p> <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "adicionales" 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$270 de copago cada día, para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 cada día, para los días 7 a 90</li> </ul>

## Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options (HMO)	
<b>Consulta ambulatorio de terapia individual / grupal</b>	\$40 de copago
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	
<p><i>Una autorización previa puede ser necesaria</i></p> <p>No se requiere una estadía hospitalaria previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago cada día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$160 de copago cada día, para los días 21 a 100</li> </ul>
<b>TERAPIA FÍSICA</b>	
<b>Servicios de terapia física y terapia del habla</b>	\$35 de copago
<i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	
<b>Rehabilitación cardiopulmonar</b>	\$25 de copago
<i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	\$35 de copago
<i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	
<b>AMBULANCIA</b>	
<i>Una autorización previa es necesaria solamente para transporte en ambulancia que no sea una emergencia</i>	\$250 de copago
<b>TRANSPORTE</b>	
	No cubierto

## Beneficios de medicamentos recetados

### MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

<b>Medicamentos para quimioterapia</b>  <i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	20% del costo
--	---------------

<b>Otros medicamentos de la Parte B</b>  <i>Pueden aplicarse reglas de autorización previa para determinados medicamentos</i>	20% del costo
---	---------------

### ETAPA INICIAL DE COBERTURA

Después de pagar cualquier deducible aplicable, usted empezará en esta etapa cuando surta su 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. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. Usted permanece en esta etapa hasta que cumpla con sus "costos totales por medicamentos" hasta la fecha de este año (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) que ascienden a un total de \$3,750. Usted paga lo siguiente:

	<b>Farmacia estándar minorista</b>	<b>Farmacia con servicio por correo</b>
<b>Categoría 1 (genérico preferido)</b>		
Un mes;	\$2.00 de copago	\$2.00 de copago
Dos meses; o	\$4.00 de copago	\$4.00 de copago
Tres meses de suministros	\$6.00 de copago	\$4.00 de copago
<b>Categoría 2 (genérico)</b>		
Un mes;	\$8.00 de copago	\$8.00 de copago
Dos meses; o	\$16.00 de copago	\$16.00 de copago
Tres meses de suministros	\$24.00 de copago	\$16.00 de copago

## Beneficios de medicamentos recetados

<b>Categoría 3 (marca preferida)</b>		
Un mes;	\$45.00 de copago	\$45.00 de copago
Dos meses; o	\$90.00 de copago	\$90.00 de copago
Tres meses de suministros	\$135.00 de copago	\$90.00 de copago
<b>Categoría 4 (medicamentos no preferidos)</b>		
Un mes;	\$100.00 de copago	\$100.00 de copago
Dos meses; o	\$200.00 de copago	\$200.00 de copago
Tres meses de suministros	\$300.00 de copago	\$300.00 de copago
<b>Categoría 5 (categoría especializada)</b>		
Un mes de suministros	28% del costo	28% del costo
<i>Medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días.</i>		

### ETAPA DE BRECHA EN COBERTURA

Durante esta etapa, usted paga el 35% del precio por medicamentos de marca registrada más una porción de la tarifa de dispensación) y el 44% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos de su propio bolsillo” hasta la fecha de este año (sus pagos) alcancen un total de \$5,000. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare.

### ETAPA DE COBERTURA CATASTRÓFICA

After your yearly out-of-pocket drug costs (including drugs purchased through your retail pharmacy and through mail order) reach \$5,000, you pay the greater of:

- 5% del costo, o
- \$3.35 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.35 por todos los demás medicamentos.

## Beneficios adicionales cubiertos

	<b>Molina Medicare Options (HMO)</b>
<b>SERVICIOS DE DIÁLISIS</b>	
	20% del costo
<b>ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA</b>	
Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral están desplazados)	\$20 de copago
<b>ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA</b>	
<i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	\$0 de copago
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	
Consulta de terapia grupal	\$40 de copago
Consulta de terapia individual	\$40 de copago
<b>ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE</b>	
<b>Artículos de venta libre</b>	\$0 de copago
La asignación se traslada cada 3 meses, pero expira al final del año natural.	\$55 de asignación cada 3 meses
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS DE SANGRE</b>	
<b>Servicios ambulatorios de sangre</b>	\$0 de copago
Se elimina el deducible por 3 pintas	
<b>CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)</b>	
<b>Examen y tratamiento de los pies que está cubierto por Medicare</b>	\$50 de copago
Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o reúne ciertas condiciones.	
<b>Cuidado de los pies de rutina</b>	\$50 de copago
Hasta 6 visita(s) de rutina para el cuidado de los pies cada año.	

## Beneficios adicionales cubiertos

	<b>Molina Medicare Options (HMO)</b>
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>	
<b>Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</b>  <i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	20% del costo
<b>Suministros médicos / protésicos</b>  <i>Una autorización previa puede ser necesaria</i>	20% del costo
<b>Suministros para diabetes</b>  <i>Una autorización previa no es necesaria cuando usa un fabricante preferido</i>	\$0 de copago
<b>PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR</b>	
<b>Educación para la salud</b>  El plan de salud cuenta con programas de salud para ayudarle a manejar sus condiciones médicas, incluidos educación de salud, material de aprendizaje y consejos de salud y cuidados.	\$0 de copago
<b>Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día</b>  Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.	\$0 de copago
<b>Beneficio nutricional / dietético</b>  12 sesiones individuales o grupales cada año. 30 a 60 minutos de asesoramiento nutricional telefónico individual, cuando es remitido.	\$0 de copago
<b>Beneficio de gimnasio</b>  "Silver&Fit" le ofrece a miembros acceso a sus gimnasios contratados o ofrece un Kit de Ejercicio en el Hogar para aquellos que prefieren hacer ejercicio en su casa o cuando viajan.	\$0 de copago
<b>Control de enfermedades aumentado</b>	\$0 de copago

## Obtenga más información

### Tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (plan de pago por cada servicio de Medicare). Medicare Original es dirigido directamente por el gobierno federal. Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare, tal como Molina Medicare Options (HMO). Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y usted”**. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048.

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este cuadernillo del Resumen de beneficios es un descripción breve de lo que Molina Medicare Options (HMO) cubre y lo usted debe pagar. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, use el localizador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>. Las primas, copagos, coseguro y deducibles pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Por favor, comuníquese con el plan de salud para obtener más información.

Esta información está disponible en otros formatos, que incluyen braille, letra grande y audio.

Molina Medicare Options (HMO) es un plan de salud con un contrato de Medicare. La inscripción en Molina Medicare Options (HMO) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan de salud para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos / coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

El formulario, red de farmacias o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación cuando sea necesario.



Departamento de Servicios para Miembros (844) 560-9811; TTY/TDD al 711  
Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local