

Resumen de beneficios

IDAHO

Ada, Bannock, Bingham, Bonner, Bonneville, Canyon, Kootenai, Nez
Perce, y Twin Falls

2018

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
(844) 239-4913, TTY/TDD al 711

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

MolinaHealthcare.com/Medicare



Información acerca de Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) 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. O bien, puede llamarnos por teléfono y nosotros le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

Este cuadernillo 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 Plus (HMO SNP)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y Medicaid de Idaho, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Ada, Bannock, Bingham, Bonner, Bonneville, Canyon, Kootenai, Nez Perce y 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. 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.

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a usted.

Cómo comunicarse con nosotros:

Usted puede llamarnos 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) 239-4913; 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

Prima, deducible y límites mensuales

Prima mensual del plan de salud	\$0 por mes
Deducible	\$0
Responsabilidad máxima de su propio bolsillo (este no incluye los medicamentos recetados)	<p>\$2,500.00 cada año para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</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>Por favor tome en cuenta que aún tiene que pagar su costo compartido por sus medicamentos recetados de la Parte D.</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 Plus (HMO SNP)

COBERTURA DE HOSPITAL PARA PACIENTE INTERNADO

Una autorización previa puede ser necesaria

Usted paga \$0 para los días 1 a 90 para una internación en el hospital. 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.

COBERTURA DE HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO

Atención hospitalaria ambulatoria

\$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

Centro quirúrgico ambulatorio

\$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

CONSULTAS CON MÉDICOS

Cuidado primario

\$0 de copago

Especialistas

\$0 de copago

Una remisión puede ser necesaria

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

CUIDADO PREVENTIVO

\$0 de copago

- Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal
- Abuso de alcohol: detección y asesoramiento
- Medición de masa ósea (densidad de huesos)
- Examen de detección de enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Examen de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal
- Examen de detección de cáncer colorrectal
- Examen de detección de depresión
- Exámenes de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Prueba de glaucoma
- Prueba de detección de hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón
- Mamografías (preventivas)
- Servicios de terapia de nutrición
- Examen preventivo y asesoramiento por obesidad
- Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”, única vez
- Examen de detección de cáncer de próstata
- Examen de detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual
- Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, antineumocócicas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco
- Consulta anual de “Bienestar”

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

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Atención de emergencia

\$0 de copago

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

SERVICIOS URGENTES NECESARIOS

Servicios requeridos urgentemente

\$0 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

\$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

Servicios de laboratorio

\$0 de copago

Radiología de diagnóstico (p. ej., MRI, CT)

\$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

Radiografías para pacientes ambulatorios

\$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

Radiología terapéutica \$0 de copago

Una autorización previa puede ser necesaria

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Exámenes diagnósticos de audición y equilibrio que están cubiertos por Medicare \$0 de copago

Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare \$0 de copago

SERVICIOS PARA LA VISTA

Examen de la vista para diagnosticar / tratar enfermedades de los ojos que está cubierto por Medicare \$0 de copago
(incluyendo un examen preventivo de glaucoma cada año)

Examen de los ojos de rutina \$0 de copago
1 examen cada año

Elementos para la vista \$0 de copago

- Lentes de contacto
- Anteojos (monturas y lentes)
- Lentes de anteojos
- Monturas de anteojos
- Actualizaciones

Nuestro plan paga hasta \$100 cada año por elementos para la vista.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Servicios para la salud mental

Una autorización previa puede ser necesaria

Usted paga \$0 para los días 1 a 90 para una internación en el hospital.

Visita como paciente internado: existe un límite de 190 días de por vida para atención psiquiátrica hospitalaria. 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 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.

Consulta ambulatorio de terapia individual / grupal

\$0 de copago

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Una autorización previa puede ser necesaria

Usted paga \$0 para los días 1 a 100 para una estancia en un centro de enfermería especializada.

No se requiere una estadía hospitalaria previa.

TERAPIA FÍSICA

Servicios de terapia física y terapia del habla

Una autorización previa puede ser necesaria

\$0 de copago

Rehabilitación cardiopulmonar

\$0 de copago

Servicios de terapia ocupacional

Una autorización previa puede ser necesaria

\$0 de copago

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

AMBULANCIA

Una autorización previa es necesaria para servicios que no son de emergencia

\$0 de copago

TRANSPORTE

22 viajes de un solo sentido hacia y desde ubicaciones aprobadas por el plan.

\$0 de copago

El transporte puede incluir un sedán, vehículo equipado con silla de ruedas o vehículo para camillas.

Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos para quimioterapia	\$0 de copago
--	---------------

Una autorización previa puede ser necesaria.

Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago
---	---------------

Una autorización previa puede ser necesaria.

ETAPA INICIAL DE COBERTURA

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 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.

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.

Farmacia estándar minorista y Farmacia con servicio por correo

Dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, pagará lo siguiente:

Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:

- \$0 de copago; o \$1.25 de copago; o \$3.35 de copago

Para todos los demás medicamentos, ya sea:

- \$0 de copago; o \$3.70 de copago; o \$8.35 de copago

ETAPA DE BRECHA EN COBERTURA

Durante esta etapa, usted paga el 35% del precio por medicamentos de marca (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.

Beneficios de medicamentos recetados

ETAPA DE COBERTURA CATASTRÓFICA

Una vez que los gastos de su propio bolsillo por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y de pedidos por correo) alcancen los \$5,000, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

SERVICIOS DE DIÁLISIS

\$0 de copago

ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

Las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare son para manipulación manual de columna para corrección de subluxación (discolocación o alineación incorrecta de una articulación o parte del cuerpo) si es proporcionada por un quiropráctico.

\$0 de copago

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Una autorización previa puede ser necesaria

\$0 de copago

SERVICIOS AMBULATORIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Consulta de terapia grupal

\$0 de copago

Consulta de terapia individual

\$0 de copago

ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE

Artículos de venta libre

\$0 de copago

La asignación se traslada cada 3 meses, pero expira al final del año natural.

\$60 de asignación cada 3 meses

SERVICIOS AMBULATORIOS DE SANGRE

Servicios ambulatorios de sangre

\$0 de copago

Se elimina el deducible por 3 pintas.

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

BENEFICIO DE ALIMENTOS

El ciclo estándar de alimentos es un menú de 2 semanas con un total de 28 comidas entregadas al miembro, conforme a la necesidad del miembro.

Una autorización previa puede ser necesaria

\$0 de copago

CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Examen y tratamiento de los pies que está cubierto por Medicare

Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o reúne ciertas condiciones.

\$0 de copago

Cuidado de los pies de rutina

Hasta 6 visita(s) cada año para cuidado de rutina de los pies.

\$0 de copago

EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)

Una autorización previa puede ser necesaria

\$0 de copago

Suministros y servicios para la diabetes

Una autorización previa no es necesaria cuando usa un fabricante preferido

\$0 de copago

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Educación para la salud \$0 de copago

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.

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día \$0 de copago

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Beneficio nutricional / dietético \$0 de copago

12 sesiones individuales o grupales cada año. 30 a 60 minutos de asesoramiento nutricional telefónico individual, cuando es remitido.

Beneficio de gimnasio \$0 de copago

FitnessCoach 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.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa estatal de Medicaid se llama Idaho Medicaid.

Una persona que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan Estatal de Medicaid es considerado con elegibilidad doble. Como un beneficiario con doble elegibilidad sus servicios son pagados por Medicare y luego por Medicaid.

Su cobertura de Medicaid varía dependiendo de sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir los beneficios completos de Medicaid o el pago de algunos o todos sus costos compartidos Medicare (primas, deducibles, coseguro y copagos).

Como un beneficiario que tiene doble elegibilidad con todos los beneficios, su costo compartido es de 0%, con excepción de los copagos por medicamentos recetados de la Parte D. Dependiendo del nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga que pagar los copagos de medicamentos recetados de la Parte D. Vea la tabla anterior del Resumen de Beneficios para obtener una descripción completa de los beneficios y las responsabilidades de costos compartidos del Plan **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**.

Cambios en la elegibilidad:

Es importante que lea y responda a toda correspondencia que reciba del Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid en su área de modo que pueda proteger su estado de costo compartido de 0% como un beneficiario que tiene doble elegibilidad con todos los beneficios.

Periódicamente, como es requerido por CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad Medicaid así como su categoría de doble elegibilidad. Si pierde totalmente su cobertura Medicaid, se le brindará un periodo de gracia de modo que pueda volver a aplicar a Medicaid.

Si usted ya no reúne los requisitos para recibir todos los beneficios como beneficiario con doble elegibilidad, es posible que su inscripción en el plan sea cancelada involuntariamente después del periodo de gracia. Su agencia estatal de Medicaid le enviará la notificación de su pérdida de Medicaid o del cambio en la categoría de Medicaid. También podríamos comunicarnos con usted para que vuelva a aplicar para Medicaid como un beneficiario que tiene doble elegibilidad con todos los beneficios. Por esta razón es importante que nos deje saber cuando cambie su dirección postal o número telefónico.

Cómo leer la tabla de beneficios de Medicaid

La siguiente tabla muestra qué servicios están cubiertos por Medicare y Medicaid. Usted verá la frase “Cubierto” bajo la columna Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por el Plan **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**. La tabla aplica sólo si usted tiene derecho a los beneficios bajo su programa estatal de Medicaid. Su costo compartido varía en base a su categoría de Medicaid.

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Prima y otra información importante	<p>General</p> <p>\$0 de prima mensual del plan</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de deducible anual.</p> <p>\$2,500 en límite de su propio bolsillo para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Sin embargo en este plan no tendrá responsabilidad de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare, conforme a su nivel de elegibilidad Medicaid.</p>	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima y costo compartido puede variar en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<p>Elección de médico y hospital</p> <p><i>(Para obtener más información, consulte la sección "Atención de emergencia" y "Atención médica requerida urgentemente".)</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Necesita una remisión para especialistas de la red (en el caso de determinados beneficios).</p>	<p>Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales que acepten la asignación de Medicaid.</p> <p>Necesita una remisión para especialistas de la red (en el caso de determinados beneficios).</p>
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA		
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)</i></p>	Cubierto	Cubierto, para servicios de ambulancia de emergencia
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Cubierto	Cubierto
Servicios quiroprácticos	Cubierto	Cubierto

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto
Programas e insumos para la diabetes	Cubierto	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero <i>(Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia <i>(Puede acudir a cualquier sala de emergencia si considera, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia.)</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cobertura limitada
Servicios de cuidado médico a domicilio <i>(Incluye servicios intermitentes que sean médicamente necesarios de enfermería especializada, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)</i>	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación ambulatorios <i>(Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y terapia de lenguaje)</i>	Cubierto	Cubierto

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Servicios ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Atención por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta libre	Cubierto	Cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto
Dispositivos ortopédicos <i>(Incluye aparatos ortopédicos, prótesis y ojos artificiales, etc.)</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios de transporte <i>(De rutina)</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios necesarios urgentemente <i>(NO se trata de atención de emergencia y en la mayoría de los casos es fuera del área de servicio.)</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios para la vista	Cubierto	Atención de rutina no cubierta. Solamente está cubierto si son necesarios para el tratamiento de una condición médica que podría poco a poco afectar la salud y vista del miembro. Anteojos o lentes de contacto están cubiertos para condiciones crónicas o después de una cirugía de cataratas.

ATENCIÓN EN HOSPITAL A PACIENTES INTERNADOS

Atención en hospital para pacientes internados <i>(Incluye servicios por abuso de sustancias y rehabilitación)</i>	Cubierto	Cubierto
--	----------	----------

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Atención mental para pacientes internados	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF) <i>(En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</i>	Cubierto	Cubierto
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Educación de salud o bienestar	Cubierto	No cubierto
Enfermedades y condiciones renales	Cubierto	Cubierto
Servicios preventivos	Cubierto	Cubierto
CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS		
Cuidados paliativos	No cubierto	Cubierto
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados a pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto

Para los miembros que tienen derecho a todos los beneficios adicionales de Medicaid, a continuación se enumeran beneficios adicionales a los que usted puede tener derecho. Estos son beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos por su programa estatal de Medicaid pero pueden no estar cubiertos por el Plan **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**:

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

Servicios de Exención para ancianos y discapacitados

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Atención diurna para adultos (ADHC, por sus siglas en inglés)	Proporciona servicios de apoyo y mantenimiento a largo plazo a miembros con exención; estos servicios se ofrecen en un entorno de la comunidad y no en una institución. La ADHC proporciona una variedad de servicios de salud, terapéuticos y sociales con el objetivo de cumplir con las necesidades particulares del miembro con exención.
Atención residencial para adultos	Consta de una variedad de servicios proporcionados en un entorno que no forma parte de una institución, e incluye cuidado residencial o centros de asistencia para las actividades de la vida diaria y hogares familiares certificados
Servicios de atención de asistentes	Proporciona servicios que incluyen tareas con ende médico que tratan las necesidades funcionales del participante y que sirven para cumplir las necesidades del mismo para el mantenimiento a largo plazo, cuidados de apoyo o actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).
Servicios de tareas domésticas	Proporciona servicios para mantener el uso funcional de la casa, o para proveer un ambiente limpio, higiénico y seguro
Servicios de acompañante	Proporciona servicios para socialización, supervisión y cuidado no médico para los miembros que tienen un impedimento funcional. Los servicios de acompañante se proporcionan en el hogar del miembro para asegurar el bienestar y seguridad del miembro, quien no puede estar solo debido a la delicadeza de la salud, la tendencia de deambular, incapacidad de responder a una emergencia, o cualquier otra condición que requiere supervisión en persona
Consulta	Proporciona servicios para el miembro o la familia del mismo para aumentar sus destrezas como el empleador o gerente de su propio cuidado. Los servicios tienen como objetivo lograr el nivel más alto posible de independencia y autoconfianza para el miembro o su familia.

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

Servicios de Exención para ancianos y discapacitados

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Rehabilitación diurna	<p>Proporciona servicios y actividades destinadas a ayudar al miembro adquirir destrezas, desarrollar conducta social positiva, competencias interpersonales y lograr una independencia mayor por medio de servicios programados en un entorno no residencial.</p> <p>Los servicios diurnos de habilitación tienen una opción para capacitación para la familia; los servicios pueden incluir capacitación para la familia para los métodos de tratamiento y el cuidado, y uso de equipo. Capacitación para la familia puede ser proporcionada en la casa del miembro.</p>
Adaptaciones de accesibilidad ambiental	<p>Proporciona adaptaciones físicas a la residencia primaria o el vehículo primario del miembro, las cuales son necesarias para asegurar su salud, seguridad y bienestar; o las cuales le permiten funcionar con mayor independencia, y si no se proveen, podría dar lugar a requerir que el miembro viva en una institución. Los miembros que reúnen los requisitos deben mostrar la necesidad para modificaciones.</p>
Comidas de entrega a domicilio	<p>Proporciona alimentos que son preparados en otro lugar y se llevan a la casa del miembro para así, promover nutrición adecuada para el miembro. Las comidas deben cumplir con un tercio de la prestación nutricional diaria recomendada.</p>
Servicios de ama de casa	<p>Proporciona servicios a miembros que viven solos o cuando la persona que comúnmente realiza esta función para el miembro necesita ayuda. Es posible que el proveedor regular no esté disponible debido a ya sea, una discapacidad o podría estar ocupado prestando cuidado más directo o servicios al miembro.</p>
Transporte no médico	<p>Le permite al miembro acceder a la exención y a otros servicios y recursos comunitarios. Cuando sea posible se empleará familia, vecinos, amigos o agencias comunitarias quien pueda proporcionar este servicio sin costo alguno, o proveedores transporte público serán empleados.</p>
Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)	<p>PERS es un sistema que se usa para vigilar la seguridad del miembro y para proporcionar acceso a intervención durante una crisis de emergencia durante una emergencia emocional, médica o ambiental usando el teléfono del miembro.</p>

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

Servicios de Exención para ancianos y discapacitados

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Habilitación residencial	Proporciona servicios que constan de una variedad integrada de servicios y apoyo personalizados al individuo suministrado a los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios y apoyos están diseñado para ayudarle al miembro para vivir en su propio hogar, con su familia o en Hogares Familiares Certificados
Servicio de respiro	Proporciona descanso ocasional en cuanto a las responsabilidades de cuidados para los cuidadores que no reciben un sueldo. El cuidador o el participante será responsable de seleccionar, capacitar y dirigir al proveedor.
Servicios de enfermería especializada	Proporciona supervisión, capacitación o atención especializada irregular o continua que está dentro del marco de la Ley de Prácticas de Enfermería. Estos servicios deben ser proporcionados por una enfermera titulada, o una enfermera de práctica certificada que esté bajo la supervisión de una enfermera titulada y autorizada para ejercer su profesión en Idaho.
Equipos y suministros médicos especializados	Equipo y suministros médicos especializados incluye dispositivos, artículos y aparatos que le permiten al miembro realizar actividades de la vida diaria (ADL).
Empleo con apoyo	Proporciona empleo competitivo en un ambiente laboral integrado para los miembros que tienen discapacidades más graves, y para los cuales un empleo competitivo no ha ocurrido en forma tradicional, o para quienes un empleo competitivo ha sido interrumpido o ha sido intermitente debido a una discapacidad grave.

Tabla de beneficios adicionales cubiertos por Medicaid

Plan Aumentado de Medicaid

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Instalación de cuidado intermedio (ICF, por sus siglas en inglés)	Proporciona servicios de salud y rehabilitación que cumple con las necesidades del miembro que tiene discapacidades del desarrollo, o condiciones relacionadas, que requieren tratamiento vigente las veinticuatro horas. El propósito principal de la ICF es optimizar la independencia del miembro cuando tiene condiciones degenerativas
Centro de enfermería	Un Centro de Enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es una instalación que proporciona atención de enfermería y otros servicios de salud o relacionados a la salud y servicios sociales para miembros que han sido diagnosticados con uno o más enfermedades de clasificación clínica o afecciones que requieren atención médica y de enfermería.
Servicios de cuidado personal	Proporciona una variedad de servicios que le ayudan a miembros con sus necesidades personales mientras que viven en la comunidad. Los miembros que tienen una discapacidad física o del desarrollo, y los ancianos, podrían reunir los requisitos. Los PCS pueden ser una alternativa a recibir cuidado en un centro de enfermería o una institución por un plazo breve o extendido.
Coordinación de servicio enfocado	Proporciona actividades, los cuales ayudan al miembro que forman parte de la Exención DD, para obtener y coordinar acceso para el cuidado y servicios necesarios. Coordinación de servicios en un modelo de corredores para la administración de casos.

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 Plus (HMO SNP)**). 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 1-877-486-2048.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios es una descripción breve de lo que **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)** cubre y lo que 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>.

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

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) 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. Las 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. Como un miembro con doble elegibilidad, es posible que su estado cubra su prima para Parte B, conforme al nivel de su elegibilidad de Medicaid.

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

Las primas, copagos, coseguro y deducibles pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Por favor, comuníquese con el plan para obtener más detalles.



Your Extended Family.

Departamento de Servicios para Miembros al (844) 239-4913, TTY/TDD al 711
Los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local