Resumen de beneficios

NUEVO MÉXICO
Bernalillo, Chaves, Dona Ana, Luna, McKinley, Otero, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Torrance, y Valencia

2018

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
(866) 440-0127, TTY/TDD al 711
Los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local

MolinaHealthcare.com/Medicare

MOLINA® HEALTHCARE

H9082_18_1099_0007_NMSB es Accepted 9/26/2017

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 bajo Centennial Care, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Dona Ana, Luna, McKinley, Otero, Sandoval, San Juan, Santa Fe, Sierra, Torrance y Valencia.

¿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.

Cómo comunicarse con nosotros:

Usted puede llamarnos 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:
(866) 440-0127; TTY / TDD al 711

Si usted **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	De $0 a $24.60 cada mes Además, usted debe seguir pagando su prima de Medicare de la Parte B. Si usted recibe Ayuda Adicional de parte de Medicare, su prima mensual del plan será más bajo o es posible que no pague nada.
Deducible	Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios o médicos. $0 o $183 cada año por los servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad de Medicaid. Este monto puede modificarse para 2018. De $0 a $83 en deducible por año por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los medicamentos incluidos en la Categoría 1 y la Categoría 2, los cuales están excluidos del deducible.
Responsabilidad máxima de su propio bolsillo (este no incluye los medicamentos recetados)	$6,700 cada año para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. En este plan, es posible que usted no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad de Medicaid bajo Centennial Care. Consulte los servicios cubiertos por Medicare en el manual "**Medicare y Usted**". Para los servicios cubiertos por Medicaid de Centennial Care, consulte la sección de Cobertura de Medicaid de este documento. Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D. 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.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
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) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido cuidado como paciente internado (o cuidado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. 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. En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o: $1,316 de deducible para los días 1 a 60 $329 de copago cada día, para los días 61 a 90 $658 de copago cada día, para 60 días de reserva de por vida Estas cantidades pueden cambiar para el 2018.
COBERTURA DE HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO	
Atención hospitalaria ambulatoria *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Centro quirúrgico ambulatorio *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
CONSULTAS CON MÉDICOS	
Cuidado primario	0% o 20% del costo

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
Especialistas *Una remisión puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
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) • Pruebas 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 • Examen 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 del pulmón • Mamografías (preventivas) • Servicios de terapia de nutrición • Examen preventivo y asesoramiento por obesidad • Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”, una sola 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”

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	
Atención de emergencia Usted tiene cobertura internacional para los servicios de emergencia o cuidado urgente con un máximo de $10,000	0% o 20% del costo (hasta $80) exonerado si es internado dentro de 24 horas
SERVICIOS URGENTES NECESARIOS	
Servicios urgentes necesarios Usted tiene cobertura internacional para los servicios de emergencia o cuidado urgente con un máximo de $10,000	0% o 20% del costo (hasta $65)
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIO / SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Servicios de laboratorio	$0 de copago
Radiología de diagnóstico (p. ej., MRI, CT) *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Radiografías para pacientes ambulatorios	0% o 20% del costo
Radiología terapéutica *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN	
Exámenes diagnósticos de audición y equilibrio que están cubiertos por Medicare Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	0% o 20% del costo
Examen de la audición de rutina 1 cada año	$0 de copago
SERVICIOS DENTALES	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	$0 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) Dentaduras postizas: se cubre hasta $1,000 cada 3 años, con límite de $500 por cada placa dental cada 3 años. Coronas y reparación de corona, endodoncias / tratamiento de conducto radicular, y puentes y reparación de puentes: cubierto por hasta $1,500 cada año. Solo se aplica a ciertos códigos de procedimiento dental. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver más detalles.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
Cuidado dental integral	$0 de copago Limpieza profunda (hasta 2 cada 2 años) Empastes (hasta 4 cada año) Extracciones sencillas (hasta 5 cada año) Ajustes de dentadura postiza (hasta 2 cada año) Dentaduras postizas: se cubre hasta $1,000 cada 3 años, con límite de $500 por cada placa dental cada 3 años. Coronas y reparación de corona, endodoncias / tratamiento de conducto radicular, y puentes y reparación de puentes: cubierto por hasta $1,500 cada año. Solo se aplica a ciertos códigos de procedimiento dental. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver más detalles.
SERVICIOS PARA LA VISTA	
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% o 20% del costo
Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	$0 de copago
Examen de la vista de rutina 1 cada año	$0 de copago
Elementos para la vista • Lentes de contacto • Anteojos (montura y lentes) • Montura de anteojos • Lentes de anteojos • Actualizaciones	$0 de copago Nuestro plan paga hasta $150 cada dos años 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*	Consulta de paciente internado: nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por 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. 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 admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido cuidado como paciente internado (o cuidado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. 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. En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o: $1,316 de deducible para los días 1 a 60 $329 de copago cada día, para los días 61 a 90 $658 de copago cada día, para 60 días de reserva de por vida Estas cantidades pueden cambiar para el 2018.
Consulta ambulatoria de terapia individual / grupal	0% o 20% del costo
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	
No se requiere una estadía hospitalaria previa. *Una autorización previa puede ser necesaria*	El plan cubre hasta 100 días en un SNF En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o: $0 para los días 1 a 20 $164.50 cada día para los días 21 a 100 cada periodo de beneficio Estas cantidades pueden cambiar para el 2018.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
TERAPIA FÍSICA	
Servicios de terapia física y terapia del habla *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Rehabilitación cardiopulmonar	0% o 20% del costo
Servicios de terapia ocupacional *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
AMBULANCIA	
Una autorización previa es necesaria solamente para transporte en ambulancia que no sea una emergencia	0% o 20% del costo
TRANSPORTE	
24 viajes de un solo sentido hacia y desde ubicaciones aprobadas por el plan.	$0 de copago

Beneficios de medicamentos recetados

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos para quimioterapia *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Otros medicamentos de la Parte B *Pueden aplicarse reglas de autorización previa para determinados medicamentos.*	0% o 20% del costo

ETAPA INICIAL DE COBERTURA

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible de la Parte D puede variar. 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.

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

	Farmacia estándar minorista y Farmacia con servicio por correo
Categoría 1 (genérico preferido) Uno, dos o tres meses de suministros	$0 de copago
Categoría 2 (genérico) Uno, dos o tres meses de suministros	$0 de copago

Beneficios de medicamentos recetados

Categoría 3 (marca preferida) Uno, dos o tres meses de suministros	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
Categoría 4 (medicamentos no preferidos) Uno, dos o tres meses de suministros	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
Categoría 5 (categoría especializada) Un mes de suministros Los medicamentos especializados están limitados a un mes de suministros.	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.

ETAPA DE COBERTURA CATASTRÓFICA

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

Beneficios adicionales cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
SERVICIOS DE DIÁLISIS	
	0% o 20% del costo
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA	
Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral están desplazados)	0% o 20% del costo
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	
Una autorización previa puede ser necesaria	$0 de copago
SERVICIOS AMBULATORIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	
Consulta de terapia grupal	0% o 20% del costo
Consulta de terapia individual	0% o 20% del costo
ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE	
Artículos de venta libre La asignación se traslada cada 3 meses, pero expira al final del año natural.	$0 de copago $190 de asignación cada 3 meses
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SANGRE	
Servicios ambulatorios de sangre Se elimina el deducible por 3 pintas.	0% o 20% del costo

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. Se pueden proveer 28 alimentos adicionales con aprobación. *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% o 20% del costo
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS	
Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
Suministros médicos / protésicos *Una autorización previa puede ser necesaria*	0% o 20% del costo
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 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
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.	$0 de copago
Beneficio nutricional / dietético 12 sesiones individuales o grupales cada año. 30 a 60 minutos de asesoramiento nutricional telefónico individual, cuando es remitido.	$0 de copago
Beneficio de gimnasio FitnessCoach le ofrece a miembros acceso a sus gimnasios contratados o ofrece un Kit de Ejercicio en el Hogar para los miembros que prefieren hacer ejercicio en su casa o cuando viajan.	$0 de copago

Beneficios adicionales cubiertos

	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS) Cuando es autorizado, proporcionamos un dispositivo electrónico para el hogar que notifica el personal adecuado en casos de emergencia (p. ej.: una caída). *Una autorización previa puede ser necesaria*	$0 de copago

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa estatal de Medicaid se llama Centennial Care.

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). De acuerdo con su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare.

A continuación se incluye una lista de las categorías de cobertura de doble elegibilidad para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan Molina Medicare Options Plus (HMO SNP):

- **Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB)**: Medicaid solamente paga los montos de su prima, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare, pero no es de otra manera elegible para todos los beneficios de Medicaid.
- **QMB+**: Medicaid paga los montos de su prima, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB)**: Medicaid solamente paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **SLMB+**: Medicaid paga su prima de Medicare Parte B y provee beneficios completos de Medicaid.
- **Individuos Calificados (QI)**: Medicaid solamente paga su prima de Medicare Parte B. De lo contrario, usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **Beneficios Completos de Doble Elegibilidad (FBDE)**: a veces, las personas pueden reunir los requisitos para ambas coberturas limitadas de Medicare de costo compartido y los beneficios completos de Medicaid.
- **Programa para Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI)**: reúne los requisitos para el pago de Medicaid para su

  prima de Medicare Parte A, solamente. Usted no es de otra manera elegible para Medicaid.

Si usted es beneficiario de QMB o QMB+:

Usted tiene $0 de costo compartido mientras que permanezca siendo un miembro de QMB o QMB+, excepto por los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.

Si usted es beneficiario de SLMB+ o FBDE:

Usted es elegible para una cobertura completa de los beneficios de Medicaid y en ocasiones, beneficios limitados de costos compartidos de Medicare. Como tal, su costo compartido es 0% o 20%*. Comúnmente, su costo compartido es 0% cuando se cubren los servicios por ambas partes de Medicare y Medicaid. Además, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare también se proporcionan a un costo compartido de $0. En muy pocas circunstancias, usted pagará 20%* cuando un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid (vea la siguiente tabla).

Si usted es beneficiario de SLMB, QI, o QDWI:

Debido a que Medicaid no paga su costo compartido, y usted no tiene beneficios completos de Medicaid, su costo compartido es típicamente 20%*. Hay algunas excepciones, como los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare, donde tendrá $0 de costo compartido.

Nota – Los exámenes preventivos para el bienestar y los beneficios suplementarios tienen un costo compartido de $0.

Cambios en la 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 lo requiere CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad Medicaid así como su categoría de doble elegibilidad. Si su estado de elegibilidad cambia, su costo compartido también podría cambiar de 0% a 20%* o de 20%* a 0%. Si pierde totalmente su cobertura Medicaid, se le brindará un periodo de gracia de modo que pueda volver a aplicar a Medicaid y ser reinstaurado si aún califica.

Si ya no califica para Medicaid, su inscripción del plan se podría cancelar de forma involuntaria. 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. Por esta razón es importante que nos deje saber cuando cambie su dirección postal o número telefónico.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios totales o parciales de Medicaid, por favor vea su Manual de miembro u otros documentos de Medicaid estatal para obtener mayores detalles sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de Medicaid. En su estado, el programa de Medicaid se llama Centennial Care.

*El deducible anual para los servicios de la Parte B y el 20% del coseguro (según se aplique) más los montos variables de costo compartido para la Parte A aplican cuando el monto de costo compartido del miembro no es 0%.

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 cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	**CENTENNIAL CARE**
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Prima y otra información importante Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare, su prima mensual del plan será menos, o es posible que no tenga que pagar nada.	**General** $0 - $24.60 de prima mensual del plan **Dentro de la red** $0 o $183 de deducible cada año para servicios dentro de la red. Este monto puede modificarse para 2018. De $0 a $83 en deducible por año por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los medicamentos incluidos en la Categoría 1 y la Categoría 2, los cuales están excluidos del deducible. $6,700 en límite de gastos de su propio bolsillo para los servicios cubiertos por Medicare. De acuerdo con su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costo compartido por los servicios de Medicare Original.	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima y costo compartido puede variar en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Elección de médico y hospital *(Para obtener más información, consulte la sección "Atención de emergencia" y "Atención médica requerida urgentemente".)*	Dentro de la red Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red. Necesita una remisión para especialistas de la red (en el caso de determinados beneficios).	Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales que acepten la asignación de Molina Medicaid. No necesita una remisión para los especialistas.

Tabla de beneficios cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	CENTENNIAL CARE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA		
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
Servicios de ambulancia *(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)*	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Cubierto	Cubierto
Servicios quiroprácticos	Cubierto	No cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto
Programas e insumos para la diabetes	Cubierto	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero *(Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia *(Puede acudir a cualquier sala de emergencia si considera, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia.)*	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones

Tabla de beneficios cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	CENTENNIAL CARE
Servicios de cuidado médico a domicilio *(Incluye servicios intermitentes que sean médicamente necesarios de enfermería especializada, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)*	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio *(terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)*	Cubierto	Cubierto
Servicios ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Atención por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Artículos de venta libre	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Dispositivos ortopédicos *(Incluye aparatos ortopédicos, prótesis de extremidades y ojos artificiales, etc.)*	Cubierto	Cubierto
Servicios de transporte *(De rutina)*	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Servicios requeridos urgentemente *(NO se trata de atención de emergencia y en la mayoría de los casos es fuera del área de servicio.)*	Cubierto	Cubierto

Tabla de beneficios cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	CENTENNIAL CARE
Servicios para la vista	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Bienestar / educación y otros programas de beneficios suplementarios	Cubierto	Cubierto
ATENCIÓN EN HOSPITAL A PACIENTES INTERNADOS		
Atención en hospital para pacientes internados *(Incluye servicios por abuso de sustancias y rehabilitación)*	Cubierto	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Atención mental para pacientes internados	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF) *(En un centro de enfermería especializada que está certificado por Medicare)*	Cubierto	Cubierto El plan cubre días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare. Pueden aplicarse restricciones
SERVICIOS PREVENTIVOS		
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 Medicaid no cubre la Parte D

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

Beneficios adicionales de Medicaid

BENEFICIOS	CENTENNIAL CARE
Servicios de podología adicionales	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Servicios dentales adicionales	Cubierto
Servicios extendidos para mujeres embarazadas	Cubierto
Servicios de planificación familiar	Cubierto
Administración de casos específicos	Cubierto
Servicios de cuidado personal	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Enfermería de guardia privada	Cubierto 21 años de edad en adelante
Internación / SNF / ICF para enfermedades mentales	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Servicios psiquiátricos a pacientes internados (menor de 21)	Cubierto Pueden aplicarse restricciones
Centros de atención intermedia para personas con un retraso mental (ICF / MR)	Cubierto Pueden aplicarse restricciones

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 un descripción breve de lo que **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)** 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.

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-440-0127 (TTY: 711).

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. Los primas o copagos / coseguro pueden cambiar a partir del 1.° 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.

Departamento de Servicios para Miembros al (866) 440-0127, TTY/TDD al 711
Los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local