

Resumen de beneficios

OHIO

Butler, Clark, Clermont, Delaware, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Miami, Montgomery, Morrow, Pickaway, Preble, Union y Warren

2017

**Molina Medicare Options
Plus (HMO SNP)**



Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584, TTY / TDD al 711
7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., hora local

La discriminación es ilegal

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)** no excluye a individuos ni los trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) :

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades, para que se comuniquen efectivamente con nosotros. Por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas quienes su idioma materno no es inglés. Por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
 - Si necesita de estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros

Si cree que **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)** ha fallado en procurar estos servicios o ha discriminado basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja a: **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)** Attn: Civil Rights Grievance Coordinator, P.O. Box 22816, Long Beach, CA 90801, o llamando al (866) 472-4584 , TTY / TDD al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, por fax: (562) 499-0610, correo electrónico: Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está a su disposición. También puede presentar una queja con el Departamento de Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica por medio del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

El formulario de reclamos está disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Este folleto es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted debe pagar. No menciona 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”.

Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (plan de tarifa por 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 (como **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**).

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>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Conceptos que debe conocer sobre **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**
- Prima mensual, deducible y límites a lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y de hospital cubiertos
- Beneficios de los medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos como braille y letra grande.

Este documento puede estar disponible en un idioma diferente al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al (866) 472-4584 .

Este documento puede estar disponible para personas que no hablan el idioma inglés. Para más información, llámenos al (866) 472-4584.

Conceptos que debe conocer sobre Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

Horario de servicio

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este.

Números de teléfono y página web de Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

- Si usted es **miembro** de este plan, llame al número gratuito (866) 472-4584 .
- Si usted **no es miembro** de este plan, llame al número gratuito (866) 403-8293 .
- Nuestra página web: <http://www.molinahealthcare.com/medicare>

RESUMEN DE BENEFICIOS

¿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 del Departamento de Medicaid de Ohio, y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Ohio: Butler, Clark, Clermont, Delaware, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Miami, Montgomery, Morrow, Pickaway, Preble, Union y Warren.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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 obtener las recetas para los medicamentos cubiertos 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.

¿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 folleto.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario (la lista de medicamentos recetados de la Parte D) del plan completo y las restricciones en nuestra página web, <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 para averiguar en qué categoría se encuentra su medicamento y para determinar cuánto le costará. El monto que usted paga depende de la categoría del medicamento y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento discutiremos las etapas de los beneficios que se producen después de alcanzar su deducible: Cobertura inicial, brecha en cobertura y cobertura catastrófica.

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES A LO QUE USTED DEBE PAGAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

<p>¿Cuál es el monto de la prima mensual?</p>	<p>\$29.80 por mes. Además, usted debe seguir pagando su prima de Medicare de la Parte B.</p>
<p>¿Cuál es el monto del deducible?</p>	<p>Este plan tiene deducibles para algunos hospitales y servicios médicos.</p> <p>\$0 o \$166 por año por los servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad de Medicaid. Este monto puede ser modificado para 2017.</p> <p>De \$0 a \$82 por año por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los medicamentos incluidos en la categoría 1 que están excluidos del deducible.</p>
<p>¿Hay algún límite respecto a cuánto pagaré por los servicios cubiertos?</p>	<p>Sí. 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 de hospital.</p> <p>En este plan, es posible que usted no deba pagar nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad de Medicaid del Departamento de Medicaid de Ohio.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de gastos de su propio bolsillo, usted seguirá recibiendo los servicios médicos y de hospital cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año.</p> <p>Consulte los servicios cubiertos por Medicare en el manual “Medicare y Usted”. Para ver los servicios cubiertos por Medicaid del Departamento de Medicaid de Ohio, consulte la sección de Cobertura de Medicaid de este documento.</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>¿Hay un límite respecto a lo que pagará el plan?</p>	<p>Cada año, nuestro plan tiene un límite de cobertura para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios afectados.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

Nota:

- Los servicios con un ¹ pueden requerir una autorización previa.

SERVICIOS	
Atención en hospital para pacientes internados¹	<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 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.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días 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.</p> <p>En 2016, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,288 de deducible para los días 1 a 60 • \$322 de copago por día para los días 61 a 90 • \$644 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden ser modificados para 2017</p>
Visitas al consultorio del médico	<p>Consultas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo</p> <p>Consulta a especialista: 0% o 20% del costo</p>
Atención médica preventiva	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal • Asesoramiento por el abuso de alcohol • Mediciones de masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer cervicouterino, con prueba de virus del papiloma humano (VPH) y examen preventivo de cáncer vaginal

RESUMEN DE BENEFICIOS

	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Exámenes de detección de diabetes • Examen de detección de glaucoma • Examen de detección de hepatitis C • Examen de detección de VIH • Asesoramiento de examen preventivo de cáncer de pulmón y examen preventivo anual de cáncer de pulmón cáncer con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) • Servicios de terapia de nutrición médica • Detección y asesoramiento por obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Detección y asesoramiento por infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para interrumpir el consumo de tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, antineumocócicas • Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “Bienestar” <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	0% o 20% del costo (hasta \$75)
Servicios requeridos urgentemente	0% o 20% del costo (hasta \$65)
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías <i>(Los costos de estos servicios pueden variar en función del lugar del servicio)</i> ¹	<p>Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 0% o 20% del costo</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 0% o 20% del costo</p> <p>Servicios de laboratorio: usted no paga nada</p> <p>Radiografías ambulatorias: 0% o 20% del costo</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): 0% o 20% del costo</p> <p><i>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.</i></p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios de audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: 0% o 20% del costo
Servicios dentales¹	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en relación con el cuidado, tratamiento, empaste, remoción o reemplazo de dientes): usted no paga nada</p> <p>Servicios dentales: \$10 de copago por una única consulta al consultorio que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 por año) • Radiografía dental (hasta 1 por año) • Tratamiento con fluoruro (hasta 1 por año) • Examen bucal (hasta 2 por año) <p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada año para la mayoría de los servicios dentales.</p> <p><i>Limpiezas profundas* – hasta 2 cuadrantes cada 24 meses</i> <i>Empastes* – hasta 4 cada año</i> <i>Extracciones sencillas* - hasta 5 cada año</i> <i>Asignación para dentadura postiza* – asignación de hasta \$500 cada 3 años; limitado a una asignación máxima de \$250 por placa de dentadura postiza cada 3 años</i> <i>Ajustes de dentadura postiza* – hasta 2 de 4 cada año</i> <i>*Solo están cubiertos ciertos códigos de procedimiento de ADA; se aplican otros límites - comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más detalles.</i></p>
Servicios para la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una evaluación de glaucoma anual): 0% o 20% del costo Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: usted no paga nada
Atención de salud mental¹	<p>Consulta de paciente internado: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.</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 admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

	<p>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.</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> <p>En 2016, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,288 de deducible para los días 1 a 60 • \$322 de copago por día para los días 61 a 90 • \$644 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden ser modificados para 2017.</p> <p>Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio: 0% o 20% del costo Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio: 0% o 20% del costo</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)¹	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>En 2016, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada por los días 1 a 20 • \$161 de copago por día para los días 21 a 100 <p>Estos montos pueden ser modificados para 2017.</p>
Servicios de rehabilitación¹	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones durante un máximo de 36 semanas): 0% o 20% del costo Consulta de terapia ocupacional: 0% o 20% del costo Consulta de fisioterapia y del habla y el lenguaje: 0% o 20% del costo</p>
Ambulancia¹	0% o 20% del costo
Transporte	Sin cobertura

RESUMEN DE BENEFICIOS

Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>)	Exámenes y tratamiento del pie si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o reúne ciertas condiciones: 0% o 20% del costo
Equipo o suministros médicos	
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>) ¹	0% o 20% del costo Si visita un proveedor preferido, el costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de proveedores preferidos.
Dispositivos ortopédicos (<i>aparatos ortopédicos, prótesis, etc.</i>) ¹	Dispositivos ortopédicos: 0% o 20% del costo Suministros médicos relacionados: 0% o 20% del costo
Servicios y suministros para la diabetes ¹	Suministros de control de la diabetes: usted no paga nada Capacitación para el autocontrol de la diabetes: usted no paga nada Calzado o plantillas terapéuticos: usted no paga nada <i>El plan ofrece programas para el control de enfermedades y capacitación nutricional para diabéticos.</i>
Programas de bienestar	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud y bienestar. <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud • Beneficio de nutrición (12 consultas al año) • Línea directa de enfermeras Para más detalles, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Cuánto debo pagar?	Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia ¹ : 0% o 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B ¹ : 0% o 20% del costo
----------------------------	--

Como se muestra en la siguiente tabla, existen tres “etapas de pago de medicamentos” que corresponden a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento recetado o la renovación de la receta. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

RESUMEN DE BENEFICIOS

ETAPA 1 ETAPA DE DEDUCIBLE ANUAL	ETAPA 2 ETAPA DE COBERTURA INICIAL	ETAPA 3 ETAPA DE BRECHA EN COBERTURA	ETAPA 4 ETAPA DE COBERTURA CATASTRÓFICA
<p>Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, su deducible será de \$0 a \$82, excepto por los medicamentos incluidos en la categoría 1 que están excluidos del deducible, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba.</p> <p>Si su deducible es \$0: esta etapa del pago no le será aplicable.</p> <p>Si su deducible es mayor de \$0 a \$82: Usted paga el costo completo por los medicamentos en las categorías de 2 a 5 hasta que pague \$82.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos de las categorías de 2 a 5 y usted paga su parte del costo. Después de que usted (u otras personas actuando en su nombre) cumpla con el deducible de las categorías de 2 a 5, el plan pagará la parte que le corresponda para sus medicamentos en las categorías de 2 a 5 y usted pagará la parte que le corresponda. Usted permanece en esta etapa hasta cumplir sus "costos totales por medicamentos" hasta al año (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D), total \$3,700.</p>	<p>Durante esta etapa, paga el 40% del precio por medicamentos de marca (más una porción de la tarifa de dispensación) y el 51% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de su bolsillo" hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$4,950. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre de 2017).</p>

Usted paga lo siguiente: Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedidos por correo de la red.

COSTOS COMPARTIDOS MINORISTAS ESTÁNDAR

Categoría	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0

RESUMEN DE BENEFICIOS

Categoría 2 (genéricos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.
Categoría 3 (marca preferida)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.
Categoría 4 (medicamentos no preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Categoría 5 (categoría especializada)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	No se ofrecen	No se ofrecen
--	--	----------------------	----------------------

COSTOS COMPARTIDOS DE ENVÍOS POR CORREO ESTÁNDAR

Categoría	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 (genéricos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.
Categoría 3 (marca preferida)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o

RESUMEN DE BENEFICIOS

	<ul style="list-style-type: none"> • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.
Categoría 4 (medicamentos no preferidos)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago.
Categoría 5 (categoría especializada)	<p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$3.30 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.70 de copago; o • \$8.25 de copago. 	No se ofrecen	No se ofrecen

Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que 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.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

BENEFICIOS ADICIONALES DE LA PARTE C	
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 ¹	Usted no paga nada.
Abuso de sustancias a pacientes ambulatorios ¹	Consulta de terapia grupal: 0% o 20% del costo. Consulta de terapia individual: 0% o 20% del costo.
Cirugía ambulatoria ¹	Centro de cirugía ambulatoria: 0% o 20% del costo. Hospital para pacientes ambulatorios: 0% o 20% del costo.
Artículos de venta libre	Visite la página web para consultar nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos. <i>Usted no paga nada por una asignación mensual de \$20 para productos OTC sin receta aprobados por el plan.</i>
Cuidados paliativos	Usted no paga nada por recibir atención en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y los servicios de respiro. El centro de cuidado paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día	Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usted no paga nada.
Educación para la salud	Usted no paga nada por programas de salud para ayudarle a manejar condiciones médicas, incluyendo material educativo, orientación y consejos para la salud.
Servicios hematológicos para pacientes ambulatorios	0% o 20% del costo. Se elimina el deducible por 3 pintas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

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. Usted no paga nada.
Beneficio nutricional / dietario	12 sesiones individuales o grupales por año. 30 a 60 minutos de asesoramiento nutricional telefónico individual después de la remisión. Usted no paga nada.

Para obtener más información consulte la Evidencia de cobertura.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

RESUMEN DE BENEFICIOS DE MEDICARE / MEDICAID DE OHIO

Su programa estatal de Medicaid puede ser contactado a través de la oficina del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés)

Una persona que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan Estatal de Medicaid es considerado con doble elegibilidad. 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 a su nivel de cobertura de doble elegibilidad, es posible que no tenga ningún tipo de 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):

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** 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.
- **Programa específico para beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** 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, por sus siglas en inglés):** Medicaid solamente paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible de otra manera para los beneficios de Medicaid.
- **Beneficios completos de doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés):** A veces, personas pueden calificar para ambas coberturas limitadas de Medicare de costo compartido y los beneficios completos de Medicaid.
- **Programa para individuos incapacitados y empleados calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Elegible solamente para el pago de la prima de Medicaid Parte A. Usted no es de otra manera elegible para Medicaid.

Vea la tabla anterior del Resumen de beneficios para obtener una descripción completa de los beneficios y las responsabilidades de costos compartidos de **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) Plan**.

Si usted es beneficiario de QMB o QMB+:

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

Su costo compartido es 0% mientras que permanezca siendo un miembro de QMB o QMB+, excepto por los copagos de medicamentos recetados de 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 la mayoría de los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare, también se proporcionan a un costo compartido de 0%. En muy extrañas circunstancias, usted pagará 20%* cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid (vea el siguiente cuadro)

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

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 la mayoría de los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare, donde tendrá un 0% de costo compartido.

Nota – Los exámenes preventivos para el bienestar y la mayoría de beneficios suplementarios tienen un costo compartido del 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 es requerido por CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad Medicaid así como su categoría de cobertura de doble elegibilidad. Si su categoría de cobertura de doble 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 cuándo 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 puede ser contactado a través de la oficina del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).

*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%.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

Cómo leer la tabla de beneficios de Medicaid

La siguiente tabla muestra qué servicios son cubiertos por Medicare y Medicaid. Usted verá la frase “Con cobertura” bajo la columna Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP) Plan**. 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.

* 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.

Beneficio	Medicaid	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Prima y otra información importante	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>General \$29.80 prima mensual del plan*</p> <p>Dentro de la red* \$0 o \$166 de deducible por año para servicios dentro de la red. Este monto puede ser modificado para 2017.</p> <p>De \$0 a \$82 de deducible por año por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los medicamentos incluidos en la categoría 1, los cuales están excluidos del deducible.</p> <p>Límite de gastos de su bolsillo de \$6,700 para servicios cubiertos por Medicare.</p>
Elección de médico y hospital <i>(Para obtener más información, vea la sección Atención de emergencia y Atención médica requerida urgentemente).</i>	<p>Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales que acepten el reembolso de Medicaid.</p> <p>Se necesita remisión para especialistas de la red (en el caso de determinados beneficios).</p>	<p>Dentro de la red Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se necesita remisión para especialistas de la red (en el caso de determinados beneficios).</p>
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA		
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
Servicios de ambulancia <i>(servicios de ambulancia médicamente necesarios)</i>	Cubierto	Cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

Beneficio	Medicaid	Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Cubierto	Cubierto
Servicios quiroprácticos	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto Se pueden aplicar restricciones	Cubierto
Programas e insumos para la diabetes	Cubierto Pueden aplicarse restricciones	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Consultas con el médico	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero <i>(Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	Cubierto Pueden aplicarse restricciones	Cubierto
Atención de emergencia <i>(podrá acudir a cualquier sala de emergencia si considera, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia).</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto Se pueden aplicar restricciones	Cubierto
Atención médica domiciliaria <i>(Incluye atención de enfermería especializada necesaria, en forma intermitente, desde el punto de vista médico, servicios de rehabilitación, etc.)</i>	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

Servicios de rehabilitación ambulatorios <i>(Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y terapia de lenguaje)</i>	Cubierto	Cubierto
Servicios ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Atención por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta libre	Cubierto Se pueden aplicar restricciones	Cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto
Dispositivos ortopédicos <i>(Incluye aparatos ortopédicos, prótesis y ojos artificiales, etc.)</i>	Cubierto Pueden aplicarse restricciones	Cubierto
Transporte <i>(De rutina)</i>	Cubierto	No cubierto
Servicios requeridos 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 Se pueden aplicar restricciones	Cubierto
Bienestar / educación y otros programas de beneficios suplementarios	Cubierto	Cubierto
ATENCIÓN EN HOSPITAL A PACIENTES INTERNADOS		
Atención en hospital a pacientes internados <i>(Incluye servicios por abuso de sustancias y rehabilitación)</i>	Cubierto	Cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

1.º de enero de 2017 – 31 de diciembre de 2017

Atención mental a pacientes internados	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>(En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</i>	Cubierto	Cubierto
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Servicios preventivos	Cubierto	Cubierto
Enfermedades y condiciones renales	Cubierto	Cubierto
CENTRO DE CUIDADO PALIATIVO		
Cuidados paliativos	Cubierto	Cubierto
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados a pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto*

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)**.

Beneficio	Medicaid
BENEFICIOS ADICIONALES DE MEDICAID	
Consultas con médicos prenatales y posparto, ultrasonidos, clases de parto, parto y alumbramiento, internación, atención médica para el bebé	Cubierto

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 puede ser contactado a través de la oficina del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).



Servicios para Miembros al (866) 472-4584, TTY / TDD al 711
7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local