



# Molina Medicare Complete Care

## HMO SNP

### 2020 | Resumen de Beneficios

#### California H5810-001

Sirviendo a los condados de Los Angeles, Riverside (parcial), San Bernardino (parcial) y San Diego



## Acerca de Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar estos servicios. En general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas de Medicamentos de la Parte D cubiertos. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). O llámenos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios cubiertos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

### ¿Quién puede registrarse?

Para registrarse en **Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y Medicaid de Medi-Cal y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Los Angeles, Riverside (parcial), San Bernardino (parcial) y San Diego.

### ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original 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. Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

### ¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de cinco "categorías". Deberá utilizar su formulario para ubicar en qué categoría está su medicamento, a fin de determinar cuánto le costará. La suma que abone depende de la categoría del medicamento y de qué etapa del beneficio usted ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de beneficios que se producen después de cumplir con su deducible: cobertura inicial, brecha en cobertura y cobertura de catástrofe.

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

### Cómo comunicarse con nosotros:

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local

Si es **miembro** de este plan, llame al número de teléfono gratuito:  
(800) 665-0898; TTY/TDD 711

Si **no es miembro** de este plan, llame al número de teléfono gratuito:  
(866) 403-8293; TTY/TDD 711

O visite nuestro sitio web: [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid

Su programa estatal de Medicaid se llama Medi-Cal.

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

Su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden ser beneficios completos de Medicaid o el pago de una parte o la totalidad de su costo compartido de Medicare (primas, deducibles, coseguro o copagos).

### **A continuación, se muestra una lista de categorías para beneficiarios de elegibilidad doble que pueden inscribirse en el Plan Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP):**

- **Beneficiario Calificado para Medicare (QMB):** Medicaid solo paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **QMB+:** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **SLMB+:** Medicaid paga su prima de la Parte B de Medicare y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario Doble Elegible con Beneficios Completos (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Como beneficiario QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE, su costo compartido es 0 %, a excepción de los copagos de medicamentos recetados de la Parte D. (Consulte la tabla anterior de Resumen de Beneficios para obtener una descripción completa de los beneficios y responsabilidades de costos compartidos de su Plan Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)).

Nota: Los exámenes preventivos y los beneficios suplementarios tienen un costo compartido de \$ 0. Se aplican coseguros aparte para beneficios suplementarios, tales como el cuidado dental integral.

### **Cambios de Elegibilidad:**

Es importante leer y responder todos los correos que provienen del Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid para que pueda proteger su estado de costo compartido 0 % como beneficiario QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE.

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

Si ya no califica como beneficiario de QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE, se puede cancelar involuntariamente su inscripción en el plan después del periodo de gracia. Su agencia estatal de Medicaid le enviará una notificación de su pérdida de Medicaid o cambio en la categoría de Medicaid. También podemos comunicarnos con usted para recordarle que vuelva a aplicar para Medicaid como un beneficiario QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE. Por este motivo, es importante que nos informe cada vez que cambie su dirección postal y/o número de teléfono.

## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual del plan de salud</b>	\$0 por mes
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene un deducible.
<b>Responsabilidad Máxima de su Bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)</b>	<p>\$4,500 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p>En este plan, es posible que no tenga que pagar nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad para Medicaid de Medi-Cal. Consulte el manual "Medicare y Usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid de Medi-Cal, consulte la sección Cobertura de Medicaid de este documento.</p> <p>Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costo compartido para sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de su bolsillo, continúa teniendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p>

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

#### COBERTURA DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL

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

El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

**Atención hospitalaria ambulatoria** Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

**Centro quirúrgico ambulatorio** Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### CONSULTAS CON EL MÉDICO

**Atención médica primaria** Copago de \$0

**Especialistas** Copago de \$0

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

#### ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Copago de \$0

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Exámenes y asesoría para el alcoholismo
- Densitometría ósea (densidad ósea)
- Examen de detección de enfermedad cardiovascular
- Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta)
- Examen de detección de cáncer vaginal y cervical
- Examen de detección de cáncer colorrectal
- Diagnóstico de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Pruebas de glaucoma
- Prueba de detección de hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón
- Mamografías (examen de detección)
- Servicios de terapia nutricional
- Exámenes y asesoría para la obesidad
- Única consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare"
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoría
- Vacunas incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas
- Asesoría para dejar de consumir tabaco
- Consulta de "Bienestar" anual

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

#### ATENCIÓN DE EMERGENCIA

\$0

#### SERVICIOS REQUERIDOS URGENTEMENTE

Copago de \$0

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

#### COBERTURA INTERNACIONAL DE EMERGENCIA/URGENCIA

Copago de \$0

Está cubierto para emergencias a nivel mundial y servicios de atención médica urgente hasta \$10,000.

#### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/PRUEBAS DE LABORATORIO/SERVICIOS DE LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

**Pruebas y procedimientos de diagnóstico**

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

**Servicios de laboratorio**

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

**Servicios radiológicos diagnósticos (por ejemplo, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada)**

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

**Radiografías ambulatorias**

Copago de \$0

**Radiología terapéutica**

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### SERVICIOS DE AUDICIÓN

**Examen de diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare**

Copago de \$0

Prueba para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.

**Examen auditivo de rutina**

Copago de \$0

1 cada año.

**Ajuste/evaluación de un aparato de ayuda auditiva**

Copago de \$0

1 cada 2 años.

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados proporcionados por un proveedor aprobado por el plan cada 2 años, ambos oídos juntos.</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<b>SERVICIOS DENTALES</b>	
<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>	Copago de \$0
<b>Servicios dentales preventivos</b>	<p>Preventivo: Sin asignación máxima por año</p> <p>Integral: Asignación anual máxima de \$1,000</p> <p>Copago de \$0 por consulta</p> <p>Exámenes orales: Hasta 2 por año</p> <p>Profilaxis (Limpiezas): Hasta 2 por año</p> <p>Tratamiento con flúor: Hasta 2 por año</p> <p>Radiografías: Radiografías periapicales: hasta 6 por año; radiografía panorámica de mordida: hasta 4 por año; radiografías panorámicas con cobertura una vez cada 5 años</p>



## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	
<b>Cuidado Dental Integral</b>	<p>Todos los servicios integrales que se muestran a continuación están cubiertos en el plan anual de cobertura de beneficios de una suma máxima de \$1,000.</p> <p>Exámenes orales: Hasta 2 por año. Periodoncia integral con cobertura una vez por proveedor de por vida.</p> <p>La consulta no rutinaria incluye una limpieza de sarro dental de hasta 4 cuadrantes por 2 años; desbridamiento dental hasta una vez cada año, tratamiento periodontal hasta 2 por 12 meses y tratamiento paliativo de emergencia hasta cuatro por año.</p> <p>Extracciones: Extracciones sencillas hasta 8 por año. Extracción quirúrgica de dientes erupcionados y retenidos hasta 3 por año.</p> <p>Servicios reconstituyentes: Hasta 6 restauraciones por año, no deben exceder un total de 12 superficies por año. Hasta 2 coronas por año, no más de una por diente cada 5 años.</p> <p>Otros servicios: Ilimitado en base a la necesidad médica: Cirugía bucal con sedación profunda; cirugía bucal con sedación intravenosa.</p> <p>Una por diente de por vida: Incisión y drenaje intraoral y extraoral.</p> <p>Hasta 4 ajustes de dentadura postiza por año y 1 dentadura postiza (completa o parcial) cada 3 años.</p> <p>Endodoncia con cobertura una vez por diente al año.</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>

### SERVICIOS PARA LA VISTA

<p><b>Examen de la vista para diagnosticar/tratar enfermedades de los ojos cubierto por Medicare (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</b></p> <p>Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicaid luego de una cirugía de cataratas.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Exámen suplementario de rutina de la vista</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>1 cada año.</p>

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

#### Anteojos suplementarios

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

Copago de \$0

Nuestro plan paga hasta \$350 cada 2 años para anteojos.

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

#### Servicios de salud mental

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.

El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

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

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Consulta de terapia individual/ grupal para pacientes ambulatorios

Copago de \$0

### CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Usted paga \$0 por una hospitalización en un centro de enfermería especializada de 1 - 100 días.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### FISIOTERAPIA

#### Servicios de fisioterapia y de patología del habla

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación cardiopulmonar

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

## Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

#### Servicios de terapia ocupacional

Copago de \$0

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### AMBULANCIA

Copago de \$0

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

#### TRANSPORTE

Copago de \$0

12 lugares aprobados del plan para traslados de ida o regreso.

*Puede que se requiera autorización previa.*

## Beneficios de los Medicamentos Recetados

### MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

<b>Medicamentos para quimioterapia</b>	Copago de \$0 <i>Puede que se requiera autorización previa</i>
--	---

<b>Otros Medicamentos de la Parte B</b>	Copago de \$0 <i>Puede que se requiera autorización previa</i>
---	---

### ETAPA DE COBERTURA INICIAL

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

Después de que paga su deducible aplicable, usted comienza esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) ascienden a \$4,020.

Dependiendo de su ingreso y de su condición institucional, usted paga lo siguiente:

<b>Farmacia Minorista Estándar y Farmacia para Pedidos de Medicamentos por Correo</b>	
<b>Categoría 1 (Genéricos Preferidos)</b>	Copago de \$0
Suministro de uno, dos o tres meses	
<b>Categoría 2 (Genéricos)</b>	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos):
Suministro de uno, dos o tres meses	Copago de \$0, copago de \$1.30 o copago de \$3.60
	En el caso de los demás medicamentos, ya sea:
	Copago de \$0, copago de \$3.90 o copago de \$8.95

## Beneficios de los Medicamentos Recetados

<p><b>Categoría 3 (marca preferida)</b></p> <p>Suministro de uno, dos o tres meses</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$1.30; o Copago de \$3.60</p> <p>En el caso de los demás medicamentos, ya sea:</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$3.90; o Copago de \$8.95</p>
<p><b>Categoría 4 (medicamento no preferido)</b></p> <p>Suministro de uno, dos o tres meses</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$1.30; o Copago de \$3.60</p> <p>En el caso de los demás medicamentos, ya sea:</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$3.90; o Copago de \$8.95</p>
<p><b>Categoría 5 (Categoría de Medicamentos Especializados)</b></p> <p>Suministro de un mes</p> <p>Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de un mes.</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$1.30; o Copago de \$3.60</p> <p>En el caso de los demás medicamentos, ya sea:</p> <p>Copago de \$0; o Copago de \$3.90; o Copago de \$8.95</p>

### ETAPA DE BRECHA EN COBERTURA

Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca (más una porción de la tarifa de expedición) y el 25% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos de su bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$6,350. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare.

### ETAPA DE COBERTURA DE CATÁSTROFE

Después de que los costos anuales de su bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y pedido por correo) lleguen a \$6,350, el plan paga el costo mayor de sus medicamentos.

## Beneficios adicionales cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

<b>EXAMEN FÍSICO ANUAL</b>	
	Copago de \$0
<b>SERVICIOS DE DIÁLISIS</b>	
	Copago de \$0
<b>ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA</b>	
<b>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</b>	Copago de \$0
Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se mueven de su posición)	
<b>ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA</b>	
	Copago de \$0
	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
<b>SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES</b>	
	Copago de \$0
	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
<b>ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	
Consulta de terapia grupal	Copago de \$0
Consulta de terapia individual	Copago de \$0
<b>ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE</b>	
	Copago de \$0
	Asignación de \$73 cada 3 meses.
	La asignación expira al final de cada año natural.
<b>SERVICIOS DE SANGRE PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	
	Copago de \$0
	Deducible de 3 pintas exonerado.

## Beneficios adicionales cubiertos

### Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

<b>BENEFICIO DE COMIDAS</b>	
	<p>Copago de \$0</p> <p>El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 28 comidas entregadas al miembro, según las necesidades del miembro. 28 comidas adicionales con aprobación.</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<b>CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)</b>	
<p><b>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare</b></p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Cuidado de los pies de rutina</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta 12 consultas de cuidado de los pies de rutina cada año.</p>
<b>EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>	
<p><b>Equipo médico duradero (por ejemplo, silla de ruedas, oxígeno)</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Suministros médicos/ortopédicos</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Suministros y servicios para la diabetes</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</i></p>
<b>PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE SALUD Y BIENESTAR</b>	
<p><b>Educación para la salud</b></p> <p>El Plan de salud tiene programas de salud que lo ayudan a aprender cómo controlar sus condiciones de salud, incluyendo la educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.</p>	<p>Copago de \$0</p>

## Beneficios adicionales cubiertos

<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	
<p><b>Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas</b></p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Beneficio de nutrición/alimentación</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>12 sesiones individuales o grupales cada año. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud.</p>
<p><b>Beneficio de gimnasio</b></p> <p>FitnessCoach ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados o kits de ejercicios para el hogar para los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.</p>	<p>Copago de \$0</p>



## Cómo Leer el Cuadro de Beneficios de Medicaid

La siguiente cuadro muestra qué servicios son cubiertos por Medicare y Medicaid. Verá la palabra “con cobertura” en la columna de Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por el Plan **Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)**. La tabla aplica solo si usted tiene derecho a los beneficios bajo su programa estatal de Medicaid.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios totales o parciales de Medicaid, 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 Medicaid se llama Medi-Cal

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Estos beneficios de Medicaid están marcados con un asterisco (\*) a continuación y pueden no estar a disposición de todos los afiliados.

### Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<p><b>Primas y otra información importante</b></p> <p>Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.</p>	<p><b>General</b> Prima mensual del plan de \$0.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible anual de \$0. Límite de gastos de su bolsillo de \$4,500 para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Sin embargo, en este plan no tendrá responsabilidad de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>	<p>La asistencia de Medicaid con los pagos de la prima y costo compartido puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
<p><b>Elección de médicos y Hospitales</b></p> <p><i>(Para obtener más información, consulte Atención de Emergencia y Servicios Requeridos Urgentemente)</i></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p>	<p>Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales que acepten trabajo de Medicaid. Para especialistas de la red, se necesita una remisión (en el caso de determinados beneficios).</p>
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA</b>		
<b>Acupuntura</b>	Sin cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>Servicios de Ambulancia</b>  <i>(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Servicios Dentales</b>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Programas y Suministros para la Diabetes</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Pruebas de Diagnóstico, Radiografías, Servicios de Laboratorio y Servicios Radiológicos</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Consultas Médicas</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Equipo Médico Duradero</b>  <i>(Incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Atención de Emergencia</b>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Servicios de Audición</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
<b>Servicio de Atención Médica Domiciliaria</b>  <i>(Incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de atención médica domiciliaria y servicios de rehabilitación, etc.)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Atención Médica de Salud Mental Ambulatoria</b>	Con cobertura	Con cobertura

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>Servicios de Rehabilitación para Pacientes ambulatorios</b>  <i>(Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia para Patología del Habla y el Lenguaje)</i>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Servicios Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Atención por Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Artículos de Venta Libre</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de Podología</b>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Dispositivos Ortopédicos</b> <i>(incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de transporte médico</b>  <i>(Rutina)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Requeridos Urgentemente</b>  <i>(Esta NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios para la Vista</b>	Con cobertura	Con cobertura* Pueden aplicarse restricciones
<b>Programas de Prevención/ Educación y otros Beneficios Suplementarios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS</b>		
<b>Atención en hospital para pacientes internados</b> <i>(incluye servicios de atención por abuso de sustancias y de rehabilitación)</i>	Con cobertura	Con cobertura

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>Atención Médica de Salud Mental para Pacientes Internados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b> <i>(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<b>Condiciones Renales e Insuficiencia Renal</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Preventivos</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>CENTRO DE CUIDADO PALIATIVO</b>		
<b>Centro de Cuidado Paliativo</b>	Sin cobertura	Con cobertura
<b>BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		
<b>Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura

Para los miembros que tienen derecho a los beneficios completos de Medicaid que se muestran a continuación, son beneficios adicionales a los que podría tener derecho. Estos son beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos por su programa estatal de Medicaid, pero que pueden no estar cubiertos por el Plan **Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)**:

<b>Beneficios Adicionales de Medicaid</b>	
<b>BENEFICIOS</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>Programa de Exención para Pacientes con SIDA</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Sangre y Derivados Sanguíneos</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Diálisis Crónica</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Arreglos de Vivienda con Apoyo Comunitario (sólo exención)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Programa Integral de Servicios Perinatales (Servicios Preventivos)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Diagnóstico Temprano y Periódico, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Fórmula de Nutrición Enteral</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Enfermero Practicante de Medicina Familiar</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios y Suministros de Planificación Familiar</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de los Centros Médicos Federalmente Calificados (FQHC)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Atención Comunitaria y a Domicilio para Ancianos con Discapacidad Funcional (solo exención)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Centro de Cuidados Intermedios</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Parteras con Licencia</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de la Agencia Local de Educación (LEA)</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Enfermeros Anestesiólogos</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Enfermeras parteras</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Atención Personal</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Psicología</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Centros de Rehabilitación</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Cuidados Respiratorios para Pacientes que Dependen de un Respirador</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Clínicas de Salud Rurales (RHC)</b>	<b>Con cobertura</b>

**Beneficios Adicionales de Medicaid**

<b>BENEFICIOS</b>	<b>MEDI-CAL</b>
<b>Servicios de Enfermería para Servicios Especiales</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios de Intérpretes del Lenguaje de Señas</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Administración de Casos Específicos</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Servicios Relacionados con la Tuberculosis</b>	<b>Con cobertura</b>
<b>Trasplantes</b>	<b>Con cobertura</b>

**\*\*Sección añadida 14131.10 de la legislación recientemente aprobada del Código W&I para excluir varias categorías de beneficios opcionales de la cobertura del programa Medi-Cal que se implementó el 1 de julio de 2009. Los beneficios opcionales indicados se excluyen de la cobertura conforme al programa Medi-Cal, vigente a partir del 1 de julio de 2009. La política de exclusión de beneficios opcionales no se aplica a los siguientes beneficiarios: 1) beneficiarios menores de 21 años de servicios prestados según el programa EPSDT; 2) beneficiarios que residen en un centro de enfermería especializada (Instalaciones de Enfermería de la categoría A y la categoría B, incluyendo las instalaciones de cuidados subagudos), 3) beneficiarias que están embarazadas (servicios y beneficios relacionados con el embarazo, otros beneficios y servicios para tratar afecciones que, si no se tratan, puede causar dificultades para el embarazo); 4) beneficiarios de California Children's Services y 5) beneficiarios inscritos en el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido. La mayoría de los reclamos por servicios para beneficios opcionales excluidos facturados por un médico o grupo médico sigue siendo reembolsable el 1 de julio de 2009 o después de esta fecha. Sin embargo, estos reclamos serán denegados si el proveedor no es un médico, sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. Se puede obtener más información sobre los beneficios y servicios reducidos afectados por esta nueva legislación en el sitio web del California Department of Health Care Services (Departamento de Servicios de Atención Médica de California) en [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov).**

## Encuentre más información

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

Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare con pago por cada servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal. Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare mediante el ingreso en un plan de salud de Medicare (como Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)). 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> u obtenga 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 de deben llamar al 1-877-486-2048.

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre **Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)** y lo que usted paga. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los cuadernillos de Resumen de Beneficios de los otros planes. O use el Localizador de Planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (800) 665-0898 TTY 711 para obtener más información. Se puede requerir autorización y/o remisión.

Debe de continuar pagando su prima de Medicare de la Parte B. Como miembro con doble elegibilidad completa, es posible que el estado donde vive cubra la prima de la Parte B, según su nivel de elegibilidad de Medicaid. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.

H5810\_20\_1099\_0001\_CASB\_M es Accepted 8/25/2019

CAM01SBES0819



