



Molina Medicare Choice Care

HMO

2020 | Resumen de Beneficios

Idaho H5628-010

Sirviendo al condado de Twin Falls



Acerca de Molina Medicare Choice Care (HMO)

Molina Medicare Choice Care (HMO) 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. 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 Choice Care (HMO), debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Twin Falls.

¿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. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de seis "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.

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:
(844) 560-9811; 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

Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan de salud	\$20 por mes
Deducible	\$125 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos de la lista incluidos en la categoría 1, 2 y 6 que están excluidos del deducible.
Responsabilidad Máxima de su Bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	<p>\$5,750 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</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> <p>Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege ya que tiene límites anuales en los gastos de su bolsillo para atención médica y hospitalaria.</p>

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

COBERTURA DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL

Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

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

- Copago de \$295 por día para los días 1 a 6
- Copago de \$0 por día para los días 7 a 90
- Copago de \$0 por día a partir del día 91

Puede que se requiera autorización previa.

COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Atención hospitalaria ambulatoria Copago de \$295

Puede que se requiera autorización previa.

Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$250

Puede que se requiera autorización previa.

CONSULTAS CON EL MÉDICO

Atención médica primaria Copago de \$0

Especialistas Copago de \$30

ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Copago de \$0

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

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Copago de \$90

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

SERVICIOS REQUERIDOS URGENTEMENTE

Copago de \$25

COBERTURA INTERNACIONAL DE EMERGENCIA/URGENCIA

Copago de \$90

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 \$15

Puede que se requiera autorización previa.

Servicios de laboratorio

Copago de \$15

Puede que se requiera autorización previa.

Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética)

20 % del costo

Puede que se requiera autorización previa.

Radiografías ambulatorias

Copago de \$15

Servicios de radiología terapéutica

20 % del costo

Puede que se requiera autorización previa.

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Examen de diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare

Copago de \$30

Prueba para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.

Examen de Audición de Rutina

Copago de \$0

1 consulta por año

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)	
Aparatos auditivos	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$1,200 cada 2 años para aparatos auditivos, ambos oídos juntos.</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
Ajuste/evaluación de un aparato de ayuda auditiva	<p>Copago de \$0</p> <p>1 cada 2 años.</p>
SERVICIOS DENTALES	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de \$30
Servicios dentales preventivos	<p>Preventivo: Sin asignación máxima por año</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: 1 cada año</p> <p>Radiografías dentales: 1 juego de radiografías panorámicas de mordida por año; 2 películas o 4 películas.</p>
SERVICIOS PARA LA VISTA	
Examen de la vista para diagnosticar/tratar enfermedades de los ojos cubierto por Medicare (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)	Copago de \$0 a \$30, según el servicio.
Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicaid luego de una cirugía de cataratas.	
Exámen suplementario de rutina de la vista	<p>Copago de \$0</p> <p>1 consulta por año</p>

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

Anteojos suplementarios

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

Copago de \$0

Nuestro plan paga hasta \$200 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 la unidad psiquiátrica de un hospital general.

Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.

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.

- Copago de \$270 por día para los días 1 a 6
- Copago de \$0 por día para los días 7 a 90

Puede que se requiera autorización previa.

Consulta de terapia individual/ grupal para pacientes ambulatorios

Copago de \$30

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF

- Copago de \$0 por día durante 1 a 20 días
- Copago de \$160 por día durante 21 a 65 días
- Copago de \$0 por día durante 66 a 100 días

No se requiere hospitalización.

Puede que se requiera autorización previa.

FISIOTERAPIA

Servicios de fisioterapia y de patología del habla

Copago de \$30

Puede que se requiera autorización previa.

Rehabilitación cardiopulmonar

Copago de \$25

Puede que se requiera autorización previa.

Servicios de terapia ocupacional

Copago de \$30

Puede que se requiera autorización previa.

AMBULANCIA

Copago de \$250

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

TRANSPORTE

Sin cobertura

Beneficios de los Medicamentos Recetados

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos para quimioterapia	20 % del costo Puede que se requiera autorización previa.
Otros Medicamentos de la Parte B	20 % del costo Aplican las reglas de autorización previa para medicamentos seleccionados

ETAPA DE COBERTURA INICIAL

Luego de pagar 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. Usted paga lo siguiente:

	Farmacia Minorista Estándar	Farmacia por Correo
Categoría 1 (Genéricos Preferidos)		
Suministro de un mes;	Copago de \$0	Copago de \$0
Suministro de dos meses; o	Copago de \$0	Copago de \$0
Suministro de tres meses	Copago de \$0	Copago de \$0
Categoría 2 (Genéricos)		
Suministro de un mes;	Copago de \$6	Copago de \$6
Suministro de dos meses; o	Copago de \$12	Copago de \$12
Suministro de tres meses	Copago de \$18	Copago de \$12
Categoría 3 (marca preferida)		
Suministro de un mes;	Copago de \$45	Copago de \$45
Suministro de dos meses; o	Copago de \$90	Copago de \$90
Suministro de tres meses	Copago de \$135	Copago de \$90

Beneficios de los Medicamentos Recetados

Categoría 4 (medicamento no preferido)		
Suministro de un mes;	Copago de \$100	Copago de \$100
Suministro de dos meses; o	Copago de \$200	Copago de \$200
Suministro de tres meses	Copago de \$300	Copago de \$300
Categoría 5 (Categoría de Medicamentos Especializados)		
Suministro de un mes	28% del costo	28% del costo
<i>Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días.</i>		
Categoría 6 (Atención Selecta)		
Suministro de un mes;	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Suministro de dos meses; o	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Suministro de tres meses	Copago de \$0.	Copago de \$0.

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, paga el que resulte mayor:

- 5 % del costo o
- \$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y \$8.95 por todos los demás medicamentos

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

EXAMEN FÍSICO ANUAL	
	Copago de \$0
SERVICIOS DE DIÁLISIS	
	20 % del costo
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA	
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$20
Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se mueven de su posición)	
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	
	Copago de \$0
	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES	
	Copago de \$0
	<i>Puede que se requiera autorización previa.</i>
ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Consulta de terapia grupal	Copago de \$30
Consulta de terapia individual	Copago de \$30
SERVICIOS DE SANGRE PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
	Deducible de 3 pintas exonerado.
ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE	
	Copago de \$0
	Asignación de \$55 cada 3 meses.
	La asignación expira al final de cada año natural.

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)

CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare Copago de \$30

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

Cuidado de los pies de rutina Copago de \$0

Hasta 6 consultas de cuidado de rutina de los pies por año.

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (por ejemplo, silla de ruedas, oxígeno) 20 % del costo

Puede que se requiera autorización previa.

Suministros médicos/ortopédicos 20 % del costo

Puede que se requiera autorización previa.

Suministros para diabéticos Copago de \$0

No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.

PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE SALUD Y BIENESTAR

Educación para la salud Copago de \$0

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.

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas Copago de \$0

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

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Choice Care (HMO)	
Beneficio de nutrición/alimentación	<p>Copago de \$0</p> <p>12 sesiones individuales o grupales cada año. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud.</p>
Beneficio de gimnasio Silver&Fit 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>Copago de \$0</p>
Control de Enfermedades Mejorado	<p>Copago de \$0</p>

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 Choice Care (HMO). 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 deberán llamar al (877) 486-2048.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Molina Medicare Choice Care (HMO) 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>. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

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

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (844) 560-9811, TTY 711 para obtener más información. Se puede requerir autorización y/o remisión.

Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.

H5628_20_1099_0010_IDS_B_M es Accepted 8/24/2019

IDM10SBES0819

