

# 2022 Resumen de Beneficios

## Molina Medicare Complete Care Select HMO D-SNP

Idaho H5628-011

Sirviendo a los condados de Ada, Bannock, Bingham, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Elmore, Fremont, Gem, Jefferson, Kootenai, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power y Twin Falls

**En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2022**





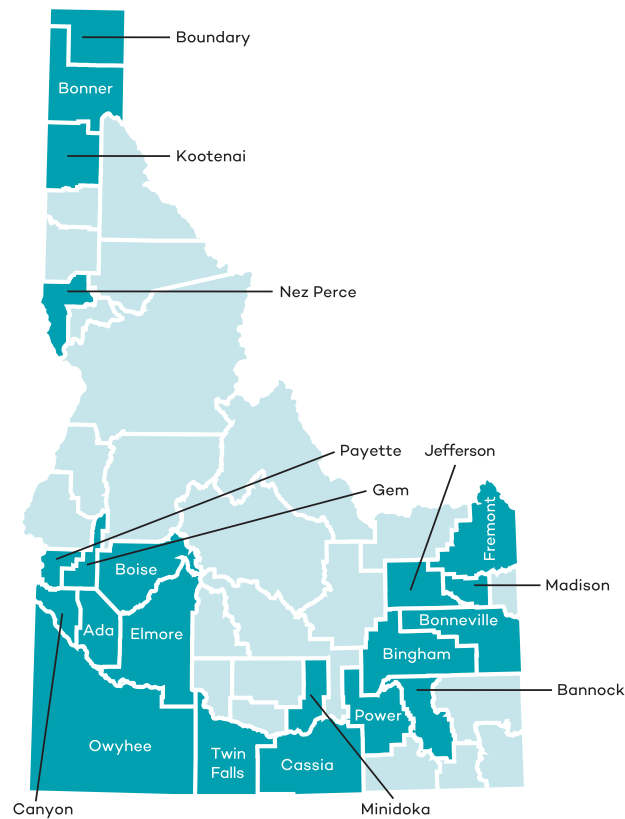
# Introducción al Resumen de Beneficios

## Molina Medicare Complete Care Select

Gracias por considerar Molina Healthcare. Todos merecen una atención de calidad. Desde 1980, nuestros miembros confían en Molina. Porque hoy, como siempre, ponemos sus necesidades en primer lugar.

Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que abarcamos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). En nuestro sitio web, se encuentra disponible una copia de la EOC en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **(844) 239-4913** y le enviaremos una copia por correo.

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y Medicaid de Idaho Department of Health and Welfare (IDHW), y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Ada, Bannock, Bingham, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Elmore, Fremont, Gem, Jefferson, Kootenai, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power y Twin Falls.



Molina tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite el Resumen de Beneficios de los otros planes. O bien, use el localizador de planes de Medicare en [medicare.gov](https://medicare.gov).

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://medicare.gov) o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros al **(844) 239-4913, TTY/TDD 711**, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

## Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores, o que tienen menos de 65 años con determinadas discapacidades.

Original Medicare es un programa de seguros federal. Les paga una tarifa por su atención directamente a los médicos y hospitales que usted visita. Original Medicare no cubre la mayoría de los casos de atención médica preventiva y genera gastos imprevistos de su propio bolsillo.



**Medicare Parte A (seguro de hospital)** cubre la atención durante la hospitalización en hospitales, centros de cuidado experto, cuidados paliativos y algunos servicios de atención médica domiciliarios.



**Medicare Parte B (seguro médico)** cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.



**Medicare Parte C (Medicare Advantage)** es una alternativa integral a Original Medicare. Los planes de Medicare Advantage incluyen las Partes A y B y, generalmente, la Parte D. Es posible que algunos planes de Medicare Advantage generen menores gastos de su bolsillo que Original Medicare y cubran beneficios adicionales que Original Medicare no cubre, como servicios de odontología, de la visión o de la audición. Medicare le paga una tarifa fija al plan por su atención médica y, luego, el plan les paga directamente a los médicos y hospitales. Medicare Advantage genera gastos de su propio bolsillo predecibles y ofrece atención médica preventiva y coordinación de cuidados.



**Medicare Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados)** lo(a) ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

## Categorías de Cobertura de Doble Elegibilidad de Medicaid

- **Beneficiario Calificado de 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 recibir los beneficios completos de Medicaid.  
**Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solo la prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **Individuo Calificado (Qualifying Individual, QI):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es de otro modo elegible para los beneficios de Medicaid.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Elegible para el pago de Medicaid de su prima de Medicare Parte A únicamente. Usted no es de otro modo elegible para Medicaid.

### Si usted es un beneficiario QMB:

Tiene un costo compartido de \$0, a excepción de los copagos de medicamentos recetados de la Parte D, siempre que continúe siendo un miembro QMB.

### Si usted es un beneficiario SLMB, QI o QDWI:

Debido a que Medicaid no paga su costo compartido y usted no tiene beneficios completos de Medicaid, su costo compartido suele ser de un 20%\*\*. Existen algunas excepciones, como los exámenes preventivos para el bienestar y la mayoría de los beneficios suplementarios proporcionados por Molina Medicare, en los que tendrá un costo compartido de \$0.



### **Cambios de 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 los CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad para Medicaid así como su categoría de doble elegibilidad. Si su estado de elegibilidad cambia, es posible que su costo compartido también cambie de \$0 a un 20%\* o de un 20%\* a \$0. Si pierde totalmente su cobertura Medicaid, se le brindará un periodo de gracia para que pueda volver a aplicar para Medicaid y sea reintegrado si aún califica.

Si ya no califica para Medicaid, se podría cancelar su inscripción en el plan de forma involuntaria. Su agencia estatal de Medicaid le enviará una notificación de su pérdida de Medicaid o cambio en la categoría de Medicaid. También podríamos comunicarnos con usted para que vuelva a aplicar para Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cada vez que cambie su dirección postal y/o número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios completos o parciales de Medicaid, consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos estatales de Medicaid para obtener mayores detalles sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de Medicaid. Puede comunicarse con el programa de Medicaid de Idaho a través de la oficina del Idaho Department of Health & Welfare (Departamento de Salud y Asistencia Pública de Idaho):

\* El deducible anual para los servicios de la Parte B y el coseguro del 20% (según corresponda), además de las diferentes sumas de costos compartidos para los servicios de la Parte A, se aplican cuando la suma del costo compartido del miembro no es \$0.

## Resumen de Primas y Beneficios

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Prima mensual

\$0-\$42.90 al mes



Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.

Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

#### Deducible médico

\$0 o \$203 cada año por servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Esta suma puede ser modificada para 2022.



#### Responsabilidad máxima de su propio bolsillo

\$2,000 cada año por los servicios que recibe de proveedores de la red. (no incluye medicamentos recetados)



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.



## Molina Medicare Complete Care Select

### Paciente internado



Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital por período de beneficios.

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 por período de beneficios, 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 por período de beneficios.

\$0 o:

- \$295 de copago por día para los días del 1 al 6
- \$0 de copago por día para los días del 7 al 90
- \$0 de copago por día por hasta 60 días de reserva de por vida

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Atención hospitalaria ambulatoria



\$0 de copago o el 20% del costo por consulta

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Centro de cirugía ambulatoria



Entre \$0 y \$50 de copago por consulta

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Consultas al médico



#### Atención Médica Primaria

\$0 de copago por consulta

#### Especialistas

Entre \$0 y \$10 de copago por consulta

### Atención médica preventiva



\$0 de copago

Busque las filas con la manzana en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.

## Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Atención de emergencia



\$0 de copago o el 20% del costo (hasta \$90), no se aplica si ingresa al hospital dentro de un plazo de 24 horas.

#### Servicios requeridos urgentemente



Entre \$0 y \$25 de copago

#### Servicios de diagnóstico/ exámenes de laboratorios/ diagnóstico por imágenes



##### Procedimientos y exámenes de diagnóstico

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

##### Servicios de laboratorio

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

##### Servicios radiológicos de diagnóstico (como una tomografía computarizada o una resonancia magnética)

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital) según el servicio  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

##### Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

##### Radiología terapéutica

\$0 de copago o el 20% del costo  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Servicios de audición



##### Exámenes diagnósticos auditivos y de equilibrio cubiertos por Medicare

\$0 de copago o el 20% del costo

##### Examen de audición rutinario

\$0 de copago, 1 cada año

##### Evaluación/ajustes de audífono

\$0 de copago, 1 cada año

##### Aparatos auditivos

\$0 de copago

Nuestro plan cubre hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Servicios Dentales



### Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$0 de copago

#### Servicios dentales preventivos

\$0 de copago por visita al consultorio

- Exámenes bucales.
- Profilaxis (limpiezas).
- Tratamiento con fluoruro.
- Radiografías dentales.

#### Cuidado dental integral

\$0 de copago por visita al consultorio

- Extracciones.
- Endodoncias.
- Periodoncia.
- Servicios médicos de diagnóstico y reconstituyentes.
- Incisión y drenaje intraoral y extraoral.
- Dentaduras postizas y ajustes de dentadura postiza.
- Servicios no rutinarios, tales como limpiezas dentales, desbridamiento completo de la boca y tratamiento paliativo de emergencia.
- Otros servicios, tales como la sedación profunda en cirugía oral y la sedación intravenosa con cirugía oral.

*Puede que se requiera autorización previa.*

Todos los servicios dentales preventivos e integrales están cubiertos en el plan anual de cobertura de beneficios hasta una suma máxima de \$3,500.

## Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Servicios para la vista



#### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

- Examen de la vista para diagnosticar/tratar enfermedades de los ojos (incluido un examen preventivo de glaucoma cada año): \$0 de copago
- Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: \$0 de copago

#### Examen de la vista rutinario suplementario

\$0 de copago, sin límite de consultas

#### Elementos suplementarios para la vista

\$0 de copago; nuestro plan paga hasta \$200 cada año por elementos suplementarios para la vista y exámenes de la vista rutinarios combinados.

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

*Puede que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### 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.

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.

En 2021, las sumas por cada periodo de beneficios fueron de \$0 o:

- \$1,484 de deducible por periodo de beneficios
- \$0 por los días de 1 a 60
- \$371 de copago por día para los días de 61 a 90
- \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida

Estas sumas se pueden modificar para 2022.

*Puede que se requiera autorización previa.*

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

Entre \$0 y \$10 de copago

---

### Centro de enfermería especializada



Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.

En 2021, las sumas por cada período de beneficios fueron de \$0 o:

- \$0 de copago para los días del 1 al 20
- \$185.50 de copago por día para los días del 21 al 100

Estas sumas se pueden modificar para 2022.

No se requiere hospitalización previa.

*Puede que se requiera autorización previa.*

---

## Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Fisioterapia



#### Fisioterapia y terapia del habla

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación cardíaca y pulmonar

\$0 de copago o el 20% del costo  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Servicios de terapia ocupacional

\$0 de copago o el 20% del costo  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Ambulancia



\$0 de copago o el 20% del costo

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

#### Transporte



\$0 de copago

Asignación de \$185 cada 3 meses para el transporte rutinario y el beneficio de venta libre (over-the-counter, OTC) combinados.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Medicamentos de Medicare Parte B

#### Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de la Parte B

\$0 de copago o el 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.



## Resumen de la cobertura de medicamentos

**En función de su ingreso y condición institucional, usted paga lo siguiente:**

### **Farmacia minorista estándar y servicio de farmacia por correo**

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

Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos):

- \$0 de copago, \$1.35 de copago, o bien un \$3.95 de copago

En el caso de los demás medicamentos, ya sea:

- \$0 de copago, \$4.00 de copago, o bien un \$9.85 de copago
- 

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al  
(866) 403-8293, TTY: 711.



## Etapas de cobertura

### **Etapas 1: Deducible**

Usted paga el costo total de los medicamentos de la Categoría 3 a la 5 hasta alcanzar el deducible de Entre \$0 y \$ 99 cada año. Para los medicamentos de Categoría 1 y 2, usted comienza la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año.

Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible de la Parte D puede variar. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a usted.

### **Etapas 2: Cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) asciendan a \$4,430.

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.

### **Etapas 3: Brecha de cobertura**

Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca registrada (más una porción de la tarifa de dispensación) 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 asciendan a \$7,050. Esta suma y las normas para considerar los costos de esta suma han sido establecidas por Medicare.

### **Etapas 4: Cobertura catastrófica**

Después de que los costos anuales de su propio bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en una farmacia minorista y de pedido por correo) asciendan a \$7,050, el plan paga el costo mayor de sus medicamentos.

## Resumen de Otros Beneficios

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Acupuntura



#### Acupuntura Cubierta por Medicare

copago de entre \$0 y \$10

Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para el dolor crónico en la zona lumbar. Se cubren hasta ocho sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

#### Servicios de telesalud adicionales



\$0 de copago

Incluye Servicios del Médico de Atención Primaria

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Examen físico anual

\$0 de copago



#### Atención quiropráctica



#### Servicios Quiroprácticos cubiertos por Medicare

\$0 de copago

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se mueven de su posición).

#### Servicios Quiroprácticos Rutinarios

\$0 de copago

Hasta 20 consultas por año

#### Diálisis



\$0 de copago o el 20% del costo

#### Beneficio de gimnasio



\$0 de copago

Silver&Fit les ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y kits de ejercicios para el hogar, en el caso de los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Cuidado de los pies (podólogo)



#### Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

\$0 de copago

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

#### Cuidado de Rutina de los Pies

\$0 de copago

Hasta 6 consultas por año

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Educación para la salud



\$0 de copago

Programas de salud que lo ayudan a aprender a controlar sus afecciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.

### Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Beneficio de alimentos



\$0 de copago

El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 28 entregas de comidas, según las necesidades del miembro. Máximo de 56 comidas y 4 semanas por año. Debe cumplir con los criterios aprobados por el plan.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Equipos médicos y suministros



#### Equipo médico duradero (como silla de ruedas u oxígeno)

\$0 de copago o el 20% del costo

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Suministros Protésicos/Médicos

\$0 de copago o el 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Suministros y servicios para la diabetes

\$0 de copago

*No se requiere autorización previa para el fabricante preferido.*

## Resumen de Otros Beneficios (Continuación)

### Molina Medicare Complete Care Select

#### Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas

\$0 de copago  
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



#### Beneficio de nutrición/ alimentación

\$0 de copago  
12 sesiones individuales o grupales cada año; asesoramiento telefónico individual sobre nutrición, previa solicitud.



#### Servicios del programa de tratamiento de opioides

\$0 de copago  
*Puede que se requiera autorización previa.*



#### Servicios de sangre para pacientes ambulatorios

\$0 de copago o el 20% del costo  
Deducible de 3 pintas exonerado



#### Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Entre \$0 y \$10 de copago  
Consultas de terapia individuales o grupales  
*Puede que se requiera autorización previa.*



#### Elementos de venta libre (over-the-counter, OTC)

\$0 de copago  
Asignación de \$185 por trimestre (3 meses) para beneficios de OTC y transporte combinados; la asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Complete Care Select

### Sistema personal de auxilio para emergencias Plus (PERS Plus)



\$0 de copago

Si está autorizado, proporcionaremos un dispositivo interno para notificar al personal correspondiente en caso de emergencia (p. ej., una caída).

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Cuidado urgente y atención de emergencias en todo el mundo



\$0 de copago

Tiene cobertura para servicios de atención médica urgente y emergencias en todo el mundo hasta un máximo de \$10,000.

### Tarjeta MyChoice



\$0 de copago

Usted recibe una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como:

- Combinación de artículos de venta libre y transporte rutinario.
- Servicios dentales.
- Servicios para la vista.
- Alimentos y productos\*.
- Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermedades Crónicas: Opción de Menú\*.

Los fondos se cargan a la tarjeta cada 3 meses.

*\* Se aplican requisitos de elegibilidad*

### Beneficios Suplementarios Especiales para personas con Enfermedades Crónicas



\$0 de copago

\$150 de asignación cada 3 meses para los siguientes beneficios:

- Aplicaciones de salud mental y bienestar.
- Suministros para Animales de Apoyo.
- Control de plagas.
- Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre.

\$40 de asignación por mes para alimentos y productos.

La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

*Los miembros deben llenar una Evaluación de Riesgos para la Salud y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.*

# Resumen de los Beneficios Cubiertos por Medicaid

## Qué cubre Medicaid

Las personas que tienen Medicare y Medicaid se consideran de doble elegibilidad. Si bien no tiene beneficios completos de Medicaid, puede recibir ayuda con su prima del plan.

Beneficio	Molina Medicare Complete Care Select	Idaho Medicaid
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<b>Primas y otra información importante</b> Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, la prima mensual del plan será menor o incluso tal vez no deba pagar nada.	<b>General</b> Prima mensual del plan de \$ 0 a \$ 42.90  Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).  <b>Dentro de la red</b> Entre \$ 0 y \$ 203 de deducible cada año. Esta suma puede modificarse en 2022.  Límite de gastos de su bolsillo de \$ 2,000 para los servicios cubiertos por Medicare.	La asistencia de Medicaid para el pago de primas puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Consulte la sección Grupos de cobertura de doble elegibilidad de Medicaid de este documento para obtener más información.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.



## Glosario de términos

### **Coseguro**

El porcentaje que usted paga como su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20 por ciento, usted debe pagar el 20 por ciento del costo de su factura médica.

### **Copago**

La suma fija que usted paga como su parte del costo de un servicio o suministro. Por ejemplo, puede tener un copago de \$20 cada vez que visite a su médico de atención primaria.

### **Deducible**

La suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a realizar los pagos.

### **Ayuda Adicional (Extra Help)**

Un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados, como primas, deducibles y coseguro.

### **Atención a largo plazo**

Servicios y apoyo para personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse y bañarse. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan por atención a largo plazo.

### **Medicaid**

Un programa estatal y federal que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos.

### **Medicare Advantage**

También conocido como Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa a la Original Medicare. Proporciona todos los beneficios de la Parte A y la Parte B y, a menudo, ofrece beneficios adicionales, como atención dental y cuidado para la vista.

### **Original Medicare**

Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). La mayoría de las personas lo obtienen cuando cumplen 65 años. El Gobierno federal administra Original Medicare.

### **Máximo de gastos de su bolsillo**

La mayor cantidad de servicios cubiertos que debe pagar en un año. Una vez que alcanza este monto, su seguro cubre el 100 por ciento de su atención médicamente necesaria por el resto del año.

### **Prima**

El dinero que le paga mensualmente a Medicare o a un plan de atención médica para obtener cobertura.

### **Servicios médicos preventivos**

Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana. La mayoría de los planes de salud deben cubrir algunos servicios médicos preventivos importantes, como vacunas contra la gripe y exámenes preventivos de la presión arterial, sin costo alguno para usted.



## ¿Cómo puede inscribirse?



### Hágalo por teléfono

Llame al **(866) 403-8293, TTY/TDD 711**, para inscribirse por teléfono.

Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y lo ayudará a inscribirse.



### Hágalo en persona

Si prefiere reunirse en persona con uno de nuestros asesores confiables de Molina Medicare, llámenos para programar una cita.



### Hágalo por correo

Simplemente complete la solicitud de inscripción y envíela usando el sobre con franqueo pagado. Si aún no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y le enviaremos una por correo.



### Hágalo en línea

Visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare) para solicitar los beneficios en línea.

Molina Medicare Complete Care Select 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 Select depende de la renovación del contrato. Producto ofrecido por Molina Healthcare de Utah, Inc., una filial de propiedad absoluta de Molina Healthcare, Inc. Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.





# Contáctenos

¿Está listo para inscribirse o tiene alguna pregunta?

Llame al **(866) 403-8293, TTY/TDD 711.**

Los miembros actuales deben llamar al siguiente número: **(844) 239-4913, TTY/TDD 711,** los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local



H5628\_22\_011\_IDSB\_M

IDM11SBES0921

IDH562811SBSP22