

# Resumen de Beneficios

**Utah**

Davis, Salt Lake, Utah y Weber

## 2019

Healthy Advantage (HMO SNP)

(877) 644-0344, TTY/TDD 711

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local

[MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)



## Acerca de Healthy Advantage (HMO SNP)

Healthy Advantage (HMO SNP) 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 nuestra página 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 **Healthy Advantage (HMO SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y Medicaid de Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Utah: Davis, Salt Lake, Utah y Weber.

## ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo. Cubrimos Medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos Medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestra página 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.

## 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:  
(877) 644-0344; TTY/TDD 711

Si **no es miembro** de este plan, llame al número de teléfono gratuito:  
(866) 939-5741; TTY/TDD 711

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

<b>Prima mensual, deducible y límites</b>	
<b>Prima Mensual del Plan de Salud</b>	<p>\$0-\$38.70 por mes</p> <p>Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.</p> <p>Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.</p>
<b>Deducible</b>	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios y médicos.</p> <p>\$0 o \$183 por año para servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Este monto puede ser modificado para 2019.</p> <p>\$ 0 a \$ 83 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos de la lista incluidos en la categoría 1 y 2 que están excluidos del deducible.</p>
<b>Responsabilidad de pago máximo (esto no incluye medicamentos recetados)</b>	<p>\$6,250 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 Utah Department of Health: Division of Medicaid &amp; Health Financing elegibilidad para Medicaid. Consulte el manual "Medicare y usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid Utah Department of Health: Division of Medicaid &amp; Health Financing, consulte la sección Cobertura 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

### Healthy Advantage (HMO SNP)

#### COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

*Puede que se requiera autorización previa*

Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) 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 atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos 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, 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 2018, los montos por cada período de beneficios fueron de \$ 0 o:

\$ 1,340 de deducible para los días 1 a 60

\$ 335 de copago por día para los días 61 a 90

\$ 670 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida

Estos montos pueden ser modificados para 2019.

#### COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

**Atención hospitalaria ambulatoria** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

**Centro quirúrgico ambulatorio** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

#### CONSULTAS AL MÉDICO

**Atención médica primaria** 0% o 20% del costo

**Especialistas** 0% o 20% del costo

*Se puede requerir una remisión*

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### Healthy Advantage (HMO SNP)

#### ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

\$ 0 de copago

- 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 "Bienvenidos a Medicare"
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoría
- Vacunas incluyendo 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

##### Atención de emergencia

0% o 20% del costo (hasta \$ 80) es exonerado si es admitido dentro de las 24 horas

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### Healthy Advantage (HMO SNP)

#### SERVICIOS REQUERIDOS URGENTEMENTE

**Servicios requeridos urgentemente** 0% o 20% del costo (hasta \$ 65)

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

**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

**Servicios de laboratorio** 0% o 20% del costo

**Servicios radiológicos diagnósticos (por ejemplo, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada)** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

**Radiografías ambulatorias** 0% o 20% del costo

**Radiología terapéutica** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

#### SERVICIOS DE AUDICIÓN

**Examen de diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare** 0% o 20% del costo

Prueba para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.

**Examen auditivo de rutina** \$ 0 de copago

1 cada año

**Ajuste/evaluación de un aparato de ayuda auditiva** \$ 0 de copago

1 cada 2 años

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

<b>Healthy Advantage (HMO SNP)</b>	
<b>Aparatos de ayuda auditiva</b>	\$ 0 de copago
<i>Puede que se requiera autorización previa</i>	Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años para aparatos de ayuda auditiva, ambos oídos.
<b>SERVICIOS DENTALES</b>	
<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>	\$ 0 de copago
<b>Servicios dentales preventivos</b>	<p>Preventivo: Sin asignación máxima por año Integral: \$ 1,500 de asignación máxima por año</p> <p>\$ 0 de copago por visita al consultorio</p> <p>Exámenes orales: 2 por año, exámenes periodontales integrales cubiertos una vez por proveedor de por vida.</p> <p>Profilaxis (limpieza): hasta 2 cada año</p> <p>Tratamiento con flúor: hasta 2 cada año</p> <p>Radiografías: Radiografías periapicales – hasta 6 por año, Radiografías de aleta de mordida – hasta 4 por año; Radiografías panorámicas cubiertas una vez cada 5 años</p>
<b>Cuidado dental integral</b>	<p>No rutinarios: Limpieza de sarro dental de hasta 4 cuadrantes cada 24 meses; un desbridamiento dental cada año, Tratamiento periodontal hasta 2 por 12 meses y Tratamiento paliativo de emergencia hasta 4 por año.</p> <p>Extracciones: Extracciones simples hasta 8 por año; Extracción quirúrgica de dientes erupcionados y retenidos hasta 3 por año.</p> <p>Servicios de restauración: hasta 6 restauraciones por año, no deben exceder un total de 12 superficies por año.</p> <p>Coronas hasta 2 por año, no más de 1 por diente cada 5 años</p> <p>Ajustes de dentaduras postizas, hasta 4 por año. Dentaduras postizas cubiertas una vez cada 5 años. Endodoncia cubierta, una por diente al año.</p> <p>Otros servicios: Ilimitado en base a la necesidad médica: Cirugía bucal con sedación profunda; Cirugía bucal con sedación intravenosa. Una por diente de por vida: Incisión y drenaje intraoral y extraoral.</p>
<i>Puede que se requiera autorización previa</i>	

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### Healthy Advantage (HMO SNP)

#### 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)**

0% o 20% del costo

Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.

**Examen oftalmológico de rutina**

\$ 0 de copago

1 cada año

**Anteojos**

0% o 20% del costo

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

Nuestro plan paga hasta Asignación de \$ 150 cada año para anteojos.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### Healthy Advantage (HMO SNP)

#### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

##### Servicios de salud mental

*Puede que se requiera autorización previa*

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.

Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) 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 atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos 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, 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 2018, los montos por cada período de beneficios fueron de \$ 0 o:

\$ 1,340 de deducible para los días 1 a 60

\$ 335 de copago por día para los días 61 a 90

\$670 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida

Estos montos pueden ser modificados para 2019.

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

0% o 20% del costo

#### CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

No se requiere hospitalización.

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF

*Puede que se requiera autorización previa*

En 2018, los montos por cada período de beneficios fueron de \$ 0 o:

\$0 para los días 1 a 20

\$167.50 para los días 21 a 100 cada período de beneficios

Estos montos pueden ser modificados para 2019.

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Healthy Advantage (HMO SNP)	
<b>FISIOTERAPIA</b>	
<b>Servicios de fisioterapia y de patología del habla</b>	0% o 20% del costo
<i>Puede que se requiera autorización previa</i>	
<b>Rehabilitación cardiopulmonar</b>	0% o 20% del costo
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	0% o 20% del costo
<i>Puede que se requiera autorización previa</i>	
<b>AMBULANCIA</b>	
<i>Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.</i>	0% o 20% del costo
<b>TRANSPORTE</b>	
48 Lugares aprobados del plan para traslados de ida o regreso.	\$ 0 de copago

## Beneficios de los medicamentos recetados

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

**Medicamentos para quimioterapia** 0% o 20% del costo

*Se puede requerir una autorización previa*

**Otros Medicamentos de la Parte B** 0% o 20% del costo

*Se puede requerir una autorización previa*

### ETAPA DE COBERTURA INICIAL

Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible de la Parte D puede variar. Después de que paga su deducible aplicable, usted comienza en 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, páguelos como 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 \$ 3,820.

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> Suministro de uno, dos o tres meses	\$ 0 de copago
<b>Categoría 2 (genéricos)</b> Suministro de uno, dos o tres meses	\$ 0 de copago
<b>Categoría 3 (marca preferida)</b> Suministro de uno, dos o tres meses	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos): \$ 0 de copago, \$ 1.25 de copago o \$ 3.40 de copago  En el caso de los demás medicamentos, ya sea: \$ 0 de copago, \$ 3.80 de copago o \$ 8.50 de copago

## Beneficios de los medicamentos recetados

<p><b>Categoría 4 (medicamentos no preferidos)</b></p> <p>Suministro de uno, dos o tres meses</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos):</p> <p>\$ 0 de copago, \$ 1.25 de copago o \$ 3.40 de copago</p> <p>En el caso de los demás medicamentos, ya sea:</p> <p>\$ 0 de copago, \$ 3.80 de copago o \$ 8.50 de copago</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 que reciben tratamiento de genéricos):</p> <p>\$ 0 de copago, \$1.25 de copago o \$3.40 de copago</p> <p>En el caso de los demás medicamentos, ya sea:</p> <p>\$ 0 de copago, \$3.80 de copago o \$8.50 de copago</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 37% 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 \$ 5,100. 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 \$ 5,100, el plan paga el costo mayor de sus medicamentos.

## Beneficios adicionales cubiertos

Healthy Advantage (HMO SNP)

### SERVICIOS DE DIÁLISIS

0% o 20% del costo

### ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

**Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare** 0% o 20% del costo

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

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

### ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES EXTERNOS

Consulta de terapia grupal 0% o 20% del costo

Consulta de terapia individual 0% o 20% del costo

### ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE

**Artículos de venta libre** \$ 0 de copago

La asignación expira al final del año calendario. \$75 asignación cada 3 meses

### SERVICIOS DE SANGRE PARA PACIENTES AMBULATORIOS

**Servicios de sangre para pacientes ambulatorios** 0% o 20% del costo

Deducible de 3 pintas exonerado.

### BENEFICIO DE COMIDAS

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. \$ 0 de copago

*Puede que se requiera autorización previa*

## Beneficios adicionales cubiertos

Healthy Advantage (HMO SNP)

### CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

**Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare** 0% o 20% del costo

Exámenes y tratamiento del pie si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.

**Cuidado de los pies de rutina** \$ 0 de copago

Hasta 12 consultas de cuidado de los pies de rutina cada año.

### EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

**Equipo médico duradero (por ejemplo, silla de ruedas, oxígeno)** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

**Insumos médicos/prostéticos** 0% o 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa*

**Suministros y servicios para la diabetes** \$ 0 de copago

*No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos*

### PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE SALUD Y BIENESTAR

**Educación para la salud** \$ 0 de copago

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.

## Beneficios adicionales cubiertos

Healthy Advantage (HMO SNP)	
<p><b>Línea de consejos de enfermeros las 24 horas</b></p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	\$ 0 de copago
<p><b>Beneficio de nutrición/alimentación</b></p> <p>12 sesiones individuales o grupales cada año. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud.</p>	\$ 0 de copago
<p><b>Beneficio de gimnasio</b></p> <p>FitnessCoach ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y/o kits de ejercicios para el hogar para los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.</p>	\$ 0 de copago
<p><b>Tecnologías de acceso remoto</b></p>	\$ 0 de copago

## Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa estatal de Medicaid puede ser contactado a través de la oficina del Departamento de Salud de Utah: División de Financiamiento de Salud y Medicaid

Una persona que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan Estatal de Medicaid se considera una doble elegibilidad. Como un 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 y/o el pago de una parte o la totalidad de su costo compartido de Medicare (primas, deducibles, coseguros o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ningún tipo de responsabilidad de coparticipación por los servicios cubiertos por Medicare.

**A continuación se muestra una lista de categorías de coberturas para beneficiarios de elegibilidad doble que pueden inscribirse en el Plan Healthy Advantage (HMO SNP):**

- **Beneficiario Calificado para Medicare (QMB):** Medicaid solo paga los montos de las primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. 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, coseguros 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.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** Medicaid solo paga su prima de la Parte B de Medicare. Usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **SLMB+:** Medicaid paga su prima de la Parte B de Medicare y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Persona que Califica (QI):** Medicaid solo paga su prima de la Parte B de Medicare. Usted no es de otro modo elegible para los beneficios 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.
- **Persona discapacitada y empleada que califica (QDWI):** Elegible para el pago de Medicaid de su prima de la Parte A de Medicare únicamente. Usted no es de otro modo elegible para Medicaid.

**Si usted es un beneficiario QMB o QMB+:**

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

**Si usted es un beneficiario SLMB+ o FBDE:**

Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid, y a veces para los costos compartidos limitados de Medicare. Como tal su costo compartido es 0 % o 20 %\*. Por lo general, su costo compartido es 0 % cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Además, los exámenes preventivos y los beneficios complementarios proporcionados por Healthy Advantage también tienen un costo compartido de \$ 0. En algunos casos, pagará el 20 %\* cuando Medicaid no cubra un servicio o beneficio (consulte el cuadro a continuación).

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



Ya que Medicaid no paga su costo compartido y no tiene los beneficios completos de Medicaid, su costo compartido es por lo general del 20 %\*. Existen algunas excepciones, como los exámenes preventivos y los beneficios complementarios proporcionados por Healthy Advantage, en los que tendrá un costo compartido de \$ 0.

Nota – Los exámenes preventivos y los beneficios complementarios tienen 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 CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad para Medicaid así como su categoría de doble elegibilidad. Si su estado de elegibilidad cambia, su coparticipación también cambiará del 0 % al 20 %\* o del 20 %\* al 0 %. Si pierde totalmente su cobertura Medicaid, se le brindará un período de gracia para que pueda volver a aplicar para Medicaid y sea reintegrado si aun 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 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. Puede comunicarse con el programa de Medicaid de Utah a través de la oficina del Utah Department of Health (Departamento de Salud de Utah): División de Financiamiento de Salud y Medicaid

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

### **Cómo leer el cuadro de beneficios de Medicaid**

La siguiente tabla 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 **Healthy Advantage (HMO SNP)**. La tabla aplica sólo si usted tiene derecho a los beneficios bajo su programa estatal de Medicaid. Su costo compartido varía según su categoría de Medicaid.

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	HEALTHY ADVANTAGE (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
<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> \$ 0 - \$ 33.80 de prima mensual del plan</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$ 0 o \$ 183 de deducible por año para servicios dentro de la red. Este monto puede ser modificado para 2019.</p> <p>\$ 0 a \$ 83 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos de la lista incluidos en la categoría 1 y 2 que están excluidos del deducible.</p> <p>Límite de gastos de su bolsillo de \$ 6,250 para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>De acuerdo a su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ningún tipo de responsabilidad de coparticipación por los servicios de Medicare Original.</p>	<p>La asistencia de Medicaid con los pagos de la prima y coparticipación 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>Para especialistas de la red, se necesita derivación (en el caso de determinados beneficios).</p>	<p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales que acepten trabajo de Medicaid.</p>
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA</b>		
<p><b>Acupuntura</b></p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p><i>(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)</i></p>	<p>Con cobertura</p>	<p>Con cobertura</p>

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>HEALTHY ADVANTAGE (HMO SNP)</b>	<b>PLAN ESTATAL DE MEDICAID</b>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	Con cobertura	Con cobertura (requiere autorización previa)
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Con cobertura	Con cobertura (limitada a manipulación espinal) 8 - 18 servicios de quiropráctica. La cobertura de servicios de quiropráctica está limitada específicamente al tratamiento de manipulación espinal. Los quiroprácticos pueden utilizar dispositivos manuales para realizar la manipulación manual de la columna, sin embargo, no hay ningún pago adicional disponible para el uso del dispositivo, ni Medicaid reconoce un cargo adicional por el dispositivo en sí. No se cubre ningún otro servicio de diagnóstico o terapéutico proporcionado por un quiropráctico o bajo la orden del quiropráctico.
<b>Servicios dentales</b>	Con cobertura	Cubierto para miembros elegibles de Medicaid que están embarazadas, discapacitadas, ciegas o califican para la Evaluación y atención de salud infantil (CHEC, por sus siglas en inglés).  No cubiertos para todos los demás
<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 - requiere una orden inicial del médico dada en persona y la autorización previa de Medicaid del estado.

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>HEALTHY ADVANTAGE (HMO SNP)</b>	<b>PLAN ESTATAL DE MEDICAID</b>
<b>Atención de emergencia</b>  <i>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia).</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de audición</b>	Con cobertura	Con cobertura para mujeres embarazadas y personas inscritas elegibles para CHEC  Sin cobertura en cualquier otro caso
<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 - requiere una orden inicial del médico dada en persona y la autorización previa de Medicaid del estado.
<b>Atención médica de salud mental ambulatoria</b>	Con cobertura	Con cobertura (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
<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  Terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla con cobertura solo para mujeres embarazadas y personas inscritas en CHEC.  (Puede haber un límite para el número de consultas cubiertas).
<b>Servicios ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura - a través de proveedores aprobados por Medicaid.

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>HEALTHY ADVANTAGE (HMO SNP)</b>	<b>PLAN ESTATAL DE MEDICAID</b>
<b>Artículos de venta libre</b>	Con cobertura	Con cobertura  Cobertura limitada con receta del médico
<b>Servicios de podología</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Dispositivos ortopédicos</b> <i>(incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)</i>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de transporte</b> <i>(Rutina)</i>	Con cobertura	Con cobertura para las personas inscritas en el programa tradicional de Medicaid (con restricciones)
<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  (Aplican algunas limitaciones)
<b>Servicios para la vista</b>	Con cobertura	Con cobertura - 1 examen de la vista cada año.  Con cobertura - anteojos aprobados solo para mujeres embarazadas y personas inscritas elegibles para CHEC, una vez cada 24 meses. (Se aplican restricciones si se necesita con mayor frecuencia).  Los anteojos no están cubiertos
<b>Programas de prevención/ educación y otros beneficios complementarios</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 - (debe tener una remisión de su médico a menos que sea una emergencia).  Se aplican restricciones con las consultas de abuso de sustancias para pacientes internados

## Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	<b>HEALTHY ADVANTAGE (HMO SNP)</b>	<b>PLAN ESTATAL DE MEDICAID</b>
<b>Atención médica de salud mental para pacientes internados</b>	Con cobertura	Con cobertura (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b> <i>(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</i>	Con cobertura	Con cobertura por los primeros 30 días por el plan de salud. Más de 30 días en un SNF serán cubiertos directamente por Medicaid del estado.  (Se aplican algunas limitaciones)
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<b>Condiciones renales e insuficiencia renal</b>	Con cobertura	Con cobertura (se aplican algunas limitaciones)
<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 Marcas genéricas con cobertura, algunas recetas requieren autorización.

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 **Healthy Advantage (HMO SNP)**:

<b>Beneficios adicionales de Medicaid</b>	
<b>BENEFICIOS</b>	<b>COBERTURA DE MEDICAID</b>
<b>Anticoncepción</b>	Con cobertura
<b>Cuidado de maternidad</b>	Con cobertura
<b>Salud mental - Servicios de grupos de autoayuda</b>	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
<b>Salud mental - Servicios de rehabilitación psicosocial</b>	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
<b>Servicios de parteras</b>	Con cobertura
<b>Recetas médicas</b>	Con cobertura – Marcas genéricas. Algunas recetas médicas requieren de aprobación. Si tiene Medicare, Medicaid no paga, la Parte D de Medicare cubre las recetas médicas.
<b>Servicios para dejar de consumir tabaco</b>	Cubierto para mujeres embarazadas. (Limitado a 4 sesiones intermedias y 3 sesiones intensivas en un período de 12 meses). Algunos servicios y productos están cubiertos para otros miembros.
<b>Programas de exención</b>	Cubiertos ante criterios específicos

## 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 Healthy Advantage (HMO SNP)). 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 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 **Healthy Advantage (HMO SNP)** cubrimos 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.

Healthy Advantage (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Healthy Advantage (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (877) 644-0344, TTY 711 para obtener más información. Se puede requerir autorización y/o remisión.

Debe de continuar pagando su prima de Medicare 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/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019.





Departamento de Servicios para Miembros (877) 644-0344, TTY/TDD 711  
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local