

Resumen de Beneficios

Utah

Box Elder, Cache, Davis, Iron, Salt Lake, Tooele, Utah, Washington y Weber

2019

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

(888) 665-1328, TTY/TDD 711

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

MolinaHealthcare.com/Medicare



Acerca de Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

Molina Medicare Options Plus (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. 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 Options Plus (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: Box Elder, Cache, Davis, Iron, Salt Lake, Tooele, Utah, Washington 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. 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:
(888) 665-1328; 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 en Internet: www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Prima mensual, deducible y límites	
Prima Mensual del Plan de Salud	<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>
Deducible	<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>
Responsabilidad de pago máximo (esto no incluye medicamentos recetados)	<p>\$5,800 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 & 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 & 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

Molina Medicare Options Plus (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

Molina Medicare Options Plus (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

Molina Medicare Options Plus (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

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)	
Aparatos de ayuda auditiva	\$ 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.
SERVICIOS DENTALES	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	\$ 0 de copago
Servicios dentales preventivos	<p>Preventivo: Sin asignación máxima por año Integral: Asignación anual máxima de \$ 2,000</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>
Cuidado dental integral	<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

Molina Medicare Options Plus (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 \$ 150 cada año para anteojos.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Molina Medicare Options Plus (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

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

FISIOTERAPIA

Servicios de fisioterapia y de patología del habla 0% o 20% del costo

Puede que se requiera autorización previa

Rehabilitación cardiopulmonar 0% o 20% del costo

Servicios de terapia ocupacional 0% o 20% del costo

Puede que se requiera autorización previa

AMBULANCIA

Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia. 0% o 20% del costo

TRANSPORTE

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:

	Farmacia minorista estándar y farmacia para pedidos de medicamentos por correo
Categoría 1 (genéricos preferidos) Suministro de uno, dos o tres meses	\$ 0 de copago
Categoría 2 (genéricos) Suministro de uno, dos o tres meses	\$ 0 de copago
Categoría 3 (marca preferida) 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>Categoría 4 (medicamentos no preferidos)</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>Categoría 5 (categoría de medicamentos especializados)</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

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

SERVICIOS DE DIÁLISIS

0% o 20% del costo

SERVICIOS DE ACUPUNTURA

Hasta 20 consultas de rutina de acupuntura médicamente necesarias junto con la atención quiropráctica de rutina cada año.

\$ 0 de copago

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)

Servicios quiroprácticos de rutina

\$ 0 de copago

Hasta 20 consultas de atención quiropráctica de rutina médicamente necesarias junto con la acupuntura cada año.

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.

\$100 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.

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

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.

Puede que se requiera autorización previa

\$ 0 de copago

CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

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

0% o 20% del costo

Cuidado de los pies de rutina

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

\$ 0 de copago

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (por ejemplo, silla de ruedas, oxígeno)

Puede que se requiera autorización previa

0% o 20% del costo

Insumos médicos/prostéticos

Puede que se requiera autorización previa

0% o 20% del costo

Suministros y servicios para la diabetes

No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos

\$ 0 de copago

Beneficios adicionales cubiertos

Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)

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.

Línea de consejos de enfermeros 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 nutricional telefónico individual a solicitud.

Beneficio de gimnasio \$ 0 de copago

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.

Tecnologías de acceso remoto \$ 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 Molina Medicare Options Plus (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 Molina Medicare 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 Molina Medicare, 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 costo compartido también puede cambiar de 0 % a 20 %* o de 20 %* a 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 **Molina Medicare Options Plus (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

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>Primas y otra información importante</p> <p>Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.</p>	<p>General \$ 0 - \$ 33.80 de prima mensual del plan</p> <p>Dentro de la red \$ 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. Límite de gastos de su bolsillo de \$ 5,800 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>Elección de médicos y hospitales</p> <p><i>(Para obtener más información, consulte Atención de emergencia y Servicios requeridos urgentemente)</i></p>	<p>Dentro de la red 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>
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Acupuntura	Con cobertura	Sin cobertura
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)</i></p>	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Con cobertura	Con cobertura (requiere autorización previa)

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Servicios quiroprácticos	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
Servicios dentales	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
Programas y suministros para la diabetes	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios radiológicos	Con cobertura	Con cobertura
Consultas médicas	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero <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

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Atención de emergencia <i>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia).</i>	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de audición	Con cobertura	Con cobertura para mujeres embarazadas y personas inscritas elegibles para CHEC Sin cobertura en cualquier otro caso
Servicio de atención médica domiciliaria <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.
Atención médica de salud mental ambulatoria	Con cobertura	Con cobertura (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <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).
Servicios ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura - a través de proveedores aprobados por Medicaid.

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Artículos de venta libre	Con cobertura	Con cobertura Cobertura limitada con receta del médico
Servicios de podología	Con cobertura	Con cobertura
Dispositivos ortopédicos <i>(incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)</i>	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de transporte <i>(Rutina)</i>	Con cobertura	Con cobertura para las personas inscritas en el programa tradicional de Medicaid (con restricciones)
Servicios requeridos urgentemente <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 (Se aplican algunas limitaciones)
Servicios para la vista	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). Sin cobertura para todos los demás
Programas de prevención/ educación y otros beneficios complementarios	Con cobertura	Con cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención en hospital para pacientes internados <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

	MOLINA MEDICARE OPTIONS PLUS (HMO SNP)	PLAN ESTATAL DE MEDICAID
Atención médica de salud mental para pacientes internados	Con cobertura	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid).
Centro de Enfermería Especializada (SNF) <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)
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Condiciones renales e insuficiencia renal	Con cobertura	Con cobertura (Se aplican algunas limitaciones)
Servicios preventivos	Con cobertura	Con cobertura
CENTRO DE CUIDADO PALIATIVO		
Centro de cuidado paliativo	Sin cobertura	Con cobertura
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	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 **Molina Medicare Options Plus (HMO SNP)**:

Beneficios adicionales de Medicaid	
BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Anticoncepción	Con cobertura
Cuidado de maternidad	Con cobertura
Salud mental - Servicios de grupos de autoayuda	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
Salud mental - Servicios de rehabilitación psicosocial	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid)
Servicios de parteras	Con cobertura
Recetas médicas	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.
Servicios para dejar de consumir tabaco	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.
Programas de exención	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 Molina Medicare Options Plus (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 **Molina Medicare Options Plus (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.

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (888) 665-1328, 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 (888) 665-1328, TTY/TDD 711
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local