MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care

HMO SNP

2020 | Resumen de Beneficios

Utah H5628-001
Sirviendo a los condados de Box Elder, Cache, Davis, Iron, Salt Lake, Tooele, Utah, Washington y Weber

Acerca de Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

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

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

¿Quién puede registrarse?

Para registrarse en **Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y Medicaid de 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 cubre Medicare Original y *más.* Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo. Cubrimos Medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos Medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de 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 web: www.MolinaHealthcare.com/Medicare

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 que tiene doble elegibilidad. Como beneficiario con doble elegibilidad, sus servicios son pagados por Medicare y luego por Medicaid. Su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden ser beneficios completos de Medicaid o el pago de una parte o la totalidad de su costo compartido de Medicare (primas, deducibles, coseguro o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ningún tipo de responsabilidad de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare.

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

- **Beneficiario Calificado para Medicare (QMB):** Medicaid solo paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **QMB+:** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **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 suplementarios 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 suplementarios proporcionados por Molina Medicare, en los que tendrá un costo compartido de $ 0.

Nota: Los exámenes preventivos y los beneficios suplementarios 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 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 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 Departamento de Salud de Utah (Utah Department of Health): 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 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 %.

Prima mensual, deducible y límites	
Prima mensual del plan de salud	$0 a $36.80 por mes Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare de la Parte B. Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.
Deducible	Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios y médicos. $0 o $185 por año para servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Esta suma puede ser modificada para 2020. $0 u $89 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.
Responsabilidad Máxima de su Bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	$5,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. En este plan, es posible que no tenga que pagar nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad para Medicaid de Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing. Consulte el manual "Medicare y Usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid de Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing, consulte la sección Cobertura de Medicaid de este documento. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costo compartido para sus medicamentos recetados de la Parte D. 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.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
COBERTURA DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL	
	Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos 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 2019, las sumas por cada periodo de beneficios fueron de $0 o: • Deducible de $1,364 para los días 1 a 60 • Copago de $341 por día para los días 61 a 90 • Copago de $682 por día para los días 91 a 160 Estas sumas pueden ser modificadas para 2020. *Puede que se requiera autorización previa.*
COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Atención hospitalaria ambulatoria	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
CONSULTAS CON EL MÉDICO	
Atención médica primaria	Copago de $0
Especialistas	Copago de $0

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	
	Copago de $0 • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Exámenes y asesoría para el alcoholismo • Densitometría ósea (densidad ósea) • Examen de detección de enfermedad cardiovascular • Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) • Examen de detección de cáncer vaginal y cervical • Examen de detección de cáncer colorrectal • Diagnóstico de depresión • Prueba de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma • Prueba de detección de hepatitis C • Examen de detección de VIH • Examen de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia nutricional • Exámenes y asesoría para la obesidad • Única consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoría • Vacunas incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas • Asesoría para dejar de consumir tabaco • Consulta de “Bienestar” anual Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	
	Copago de $0 o 20% del costo (hasta $90) es exonerado si es admitido dentro de las 24 horas.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
SERVICIOS REQUERIDOS URGENTEMENTE	
	Copago de $0 o 20% del costo (hasta $65)
COBERTURA INTERNACIONAL DE EMERGENCIA/URGENCIA	
	Copago de $0 Está cubierto para emergencias a nivel mundial y servicios de atención médica urgente hasta $10,000.
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/PRUEBAS DE LABORATORIO/SERVICIOS DE LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de $0 *Puede que se requiera autorización previa.*
Servicios de laboratorio	Copago de $0 *Puede que se requiera autorización previa.*
Servicios radiológicos diagnósticos (por ejemplo, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada)	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Radiografías ambulatorias	Copago de $0
Radiología terapéutica	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
SERVICIOS DE AUDICIÓN	
Examen de diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare Prueba para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.	Copago de $0 o 20% del costo
Examen auditivo de rutina	Copago de $0 1 cada año.
Ajuste/evaluación de un aparato de ayuda auditiva	Copago de $0 1 cada año.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
Aparatos auditivos	Copago de $0 Nuestro plan paga hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año, ambos oídos juntos. *Puede que se requiera autorización previa.*
SERVICIOS DENTALES	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de $0
Servicios dentales preventivos	Preventivo: Sin asignación máxima por año Integral: Asignación anual máxima de $2,500 Copago de $0 por consulta Exámenes orales: Hasta 2 por año Profilaxis (Limpiezas): Hasta 2 por año Tratamiento con flúor: Hasta 2 por año Radiografías: Radiografías periapicales: hasta 6 por año; radiografía panorámica de mordida: hasta 4 por año; radiografías panorámicas con cobertura una vez cada 5 años

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
Cuidado Dental Integral	Todos los servicios integrales que se muestran a continuación están cubiertos en el plan anual de cobertura de beneficios de una suma máxima de $2,500. Exámenes orales: Hasta 2 por año. Periodoncia integral con cobertura una vez por proveedor de por vida. La consulta no rutinaria incluye una limpieza de sarro dental de hasta 4 cuadrantes por 2 años; desbridamiento dental hasta una vez cada año, tratamiento periodontal hasta 2 por 12 meses y tratamiento paliativo de emergencia hasta cuatro por año. Extracciones: Extracciones sencillas hasta 8 por año. Extracción quirúrgica de dientes erupcionados y retenidos hasta 3 por año. Servicios reconstituyentes: Hasta 6 restauraciones por año, no deben exceder un total de 12 superficies por año. Hasta 2 coronas por año, no más de una por diente cada 5 años. 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. Hasta 4 ajustes de dentadura postiza por año y 1 dentadura postiza (completa o parcial) cada 3 años. Endodoncia con cobertura una vez por diente al año. *Puede que se requiera autorización previa.*
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) Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicaid luego de una cirugía de cataratas.	Copago de $0 o 20% del costo
Exámen suplementario de rutina de la vista	Copago de $0 1 cada año.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
Anteojos suplementarios • Lentes de contacto • Anteojos (monturas y lentes) • Monturas de anteojos • Lentes de anteojos • Reemplazos	Copago de $0 Nuestro plan paga hasta $300 cada año para anteojos.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
Servicios de salud mental	Consulta de paciente internado: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general. Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos 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 2019, las sumas por cada periodo de beneficios fueron de $0 o: • Deducible de $1,364 para los días 1 a 60 • Copago de $341 por día para los días 61 a 90 • Copago de $682 por día para los días 91 a 150 Estas sumas pueden ser modificadas para 2020. *Puede que se requiera autorización previa.*
Consulta de terapia individual/ grupal para pacientes ambulatorios	Copago de $0 o 20% del costo

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	
	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF En 2019, las sumas por cada periodo de beneficios fueron de $0 o: • $0 por los días 1 a 20 • Copago de $170.50 por día para los días 21 a 100 cada periodo de beneficios Estas sumas pueden ser modificadas para 2020. *Puede que se requiera autorización previa.*
FISIOTERAPIA	
Servicios de fisioterapia y de patología del habla	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Rehabilitación cardiopulmonar	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Servicios de terapia ocupacional	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
AMBULANCIA	
	Copago de $0 o 20% del costo *Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.*
TRANSPORTE	
	Copago de $0 60 lugares aprobados del plan para traslados de ida o regreso. *Puede que se requiera autorización previa.*

Beneficios de los Medicamentos Recetados

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B	
Medicamentos para quimioterapia	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa*
Otros Medicamentos de la Parte B	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera 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 esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.

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

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

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

	Farmacia Minorista Estándar y Farmacia para Pedidos de Medicamentos por Correo
Categoría 1 (Genéricos Preferidos) Suministro de uno, dos o tres meses	Copago de $0
Categoría 2 (Genéricos) Suministro de uno, dos o tres meses	Copago de $0
Categoría 3 (marca preferida) Suministro de uno, dos o tres meses	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos): Copago de $0; o Copago de $1.30; o Copago de $3.60 En el caso de los demás medicamentos, ya sea: Copago de $0; o Copago de $3.90; o Copago de $8.95

Beneficios de los Medicamentos Recetados

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

ETAPA DE BRECHA EN COBERTURA

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

ETAPA DE COBERTURA DE CATÁSTROFE

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

Beneficios adicionales cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
EXAMEN FÍSICO ANUAL	
	Copago de $0
SERVICIOS DE DIÁLISIS	
	Copago de $0 o 20% del costo
SERVICIOS DE ACUPUNTURA	
	Copago de $0 Hasta 20 consultas de rutina de acupuntura médicamente necesarias junto con la atención quiropráctica de rutina cada año.
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA	
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se mueven de su posición)	Copago de $0
Servicios quiroprácticos de rutina	Copago de $0 Hasta 20 consultas de atención quiropráctica de rutina médicamente necesarias junto con la acupuntura cada año.
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	
	Copago de $0 *Puede que se requiera autorización previa.*
SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES	
	Copago de $0 *Puede que se requiera autorización previa.*
ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
Consulta de terapia grupal	Copago de $0 o 20% del costo
Consulta de terapia individual	Copago de $0 o 20% del costo

Beneficios adicionales cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE	
	Copago de $0 Asignación de $270 cada 3 meses. La asignación expira al final de cada año natural.
SERVICIOS DE SANGRE PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
	Copago de $0 o 20% del costo Deducible de 3 pintas exonerado.
BENEFICIO DE COMIDAS	
	Copago de $0 El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 42 comidas entregadas al miembro, según las necesidades del miembro. 70 comidas adicionales con aprobación. *Puede que se requiera autorización previa.*
CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)	
Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.	Copago de $0 o 20% del costo
Cuidado de los pies de rutina	Copago de $0 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)	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Suministros médicos/ortopédicos	Copago de $0 o 20% del costo *Puede que se requiera autorización previa.*
Suministros y servicios para la diabetes	Copago de $0 *No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.*

Beneficios adicionales cubiertos

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)
PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE SALUD Y BIENESTAR	
Educación para la salud 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.	Copago de $0
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Copago de $0
Beneficio de nutrición/alimentación	Copago de $0 12 sesiones individuales o grupales cada año. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud.
Beneficio de gimnasio FitnessCoach ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados o kits de ejercicios para el hogar para los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.	Copago de $0
Tecnologías de acceso remoto	Copago de $0
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)	Copago de $0 En el caso de estar autorizado, proporcionaremos un dispositivo interno para notificar al personal adecuado en caso de emergencia (p. ej., una caída). *Puede que se requiera autorización previa.*
Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco	Copago de $0 8 consultas de asesoramiento ofrecidas además de Medicare.

Cómo Leer el Cuadro de Beneficios de Medicaid

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

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)	**PLAN ESTATAL MEDICAID**
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Primas y otra información importante Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no pagar nada.	**General** Prima mensual del plan de $0 a $36.80 **Dentro de la red** Deducible de $0 o $185 por año para servicios dentro de la red. Esta suma puede ser modificada para 2020. Deducible de $0 a $89 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 $5,000 para servicios cubiertos por Medicare. De acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ningún tipo de responsabilidad de costo compartido por los servicios de Medicare Original.	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima y costo compartido puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Elección de médicos y Hospitales *(Para obtener más información, consulte Atención de Emergencia y Servicios Requeridos Urgentemente)*	**Dentro de la red** Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.	Debe ir a médicos, especialistas y hospitales que acepten trabajo de Medicaid.

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)	PLAN ESTATAL MEDICAID
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Acupuntura	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de Ambulancia *(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)*	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	Con cobertura	Con cobertura (requiere autorización previa)
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura (limitado a la manipulación espinal) 8-18 La cobertura de los servicios quiroprácticos se limita 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	Con cobertura para los miembros elegibles de Medicaid que están embarazadas, tienen discapacidades, ceguera o que califican para Diagnóstico temprano y periódico, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Sin cobertura en cualquier otro caso
Programas y Suministros para la Diabetes	Con cobertura	Con cobertura

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)	PLAN ESTATAL MEDICAID
Pruebas de Diagnóstico, Radiografías, Servicios de Laboratorio y Servicios Radiológicos	Con cobertura	Con cobertura
Consultas Médicas	Con cobertura	Con cobertura
Equipo Médico Duradero *(Incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.)*	Con cobertura	Con cobertura - requiere una orden inicial del médico dada en persona y la autorización previa de Medicaid del estado.
Atención de Emergencia *(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia).*	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de Audición	Con cobertura	Con cobertura para mujeres embarazadas y personas inscritas elegibles para EPSDT. Sin cobertura en cualquier otro caso
Servicio de Atención Médica Domiciliaria *(Incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de atención médica domiciliaria y servicios de rehabilitación, etc.)*	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 *(Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia para Patología del Habla y el Lenguaje)*	Con cobertura	Con cobertura Terapia ocupacional Terapia física La terapia del habla solo está cubierta para mujeres embarazadas y personas inscritas en EPSDT. (Puede haber un límite para el número de consultas cubiertas).

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)	PLAN ESTATAL MEDICAID
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.
Artículos de Venta Libre	Con cobertura	Con cobertura Cobertura limitada con receta del médico
Servicios de Podología	Con cobertura	Con cobertura
Dispositivos Ortopédicos *(incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)*	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de Transporte *(Rutina)*	Con cobertura	Cubierto para los inscritos en el programa tradicional de Medicaid (con restricciones)
Servicios Requeridos Urgentemente *(Esta NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).*	Con cobertura	Con cobertura (Se aplican algunas limitaciones)
Servicios para la Vista	Con cobertura	Con cobertura – 1 examen oftalmológico por año. Con cobertura - Anteojos aprobados solo para mujeres embarazadas y personas inscritas elegibles para EPSDT, una vez cada 24 meses. (Se aplican restricciones si es necesario con más frecuencia). Los anteojos no están cubiertos en todos los casos.
Programas de Prevención/ Educación y otros Beneficios Suplementarios	Con cobertura	Con cobertura

Cuadro adicional de beneficios cubiertos por Medicaid

	Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)	PLAN ESTATAL MEDICAID
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención en hospital para pacientes internados *(incluye servicios de atención por abuso de sustancias y de rehabilitación)*	Con cobertura	Con cobertura – (Debe tener una remisión de su médico a menos que sea una emergencia). Se aplican restricciones para los pacientes internados por abuso de sustancias
Atención Médica de Salud Mental para Pacientes Internados	Con cobertura	Con cobertura - (a través de proveedores aprobados de Medicaid).
Centro de Enfermería Especializada (SNF) *(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)*	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 médicas 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 Complete Care (HMO DSNP)**:

Beneficios Adicionales de Medicaid

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Anticoncepción	Con cobertura
Cuidado de Maternidad	Con cobertura
Salud Mental - Servicios de Apoyo entre Pares	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. 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 Complete Care (HMO DSNP)). Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual actual "**Medicare y Usted**". Véalo en línea en http://www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

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

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (888) 665-1328 TTY 711 para obtener más información. Se puede requerir autorización y/o remisión.

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

H5628_20_1099_0001_UTSB_M es Accepted 8/24/2019

UTM01SBES0819