



¡Pruebe la *diferencia*  
con Maricopa Care  
Advantage (HMO SNP)!



# Resumen de Beneficios 2011

# SECCIÓN 1: Introducción al informe con el resumen de beneficios para **MARICOPA CARE ADVANTAGE (HMO SNP)**

*Del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2011*

## **CONDADO DE MARICOPA**

Gracias por interesarse en Maricopa Care Advantage (HMO SNP). Nuestro plan es ofrecido por UPH/MIHS VENTURES L.L.C./Maricopa Care Advantage/Maricopa Care Advantage, un Plan para necesidades especiales (SNP) de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare. Este plan está diseñado para aquellas personas que cumplen con los criterios específicos de inscripción.

Usted puede ser elegible para este plan si recibe asistencia del estado y de Medicare.

El reparto de costos que aparece en este resumen de beneficios está basado en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Para averiguar si es elegible para este plan, comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP). Nuestro número telefónico aparece al final de la introducción.

Este resumen de beneficios le muestra algunas de las características de nuestro plan, pero no incluye absolutamente todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de beneficios, comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) y solicite la "Evidencia de cobertura".

### **USTED PUEDE ELEGIR SU ASISTENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD**

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir una de las diferentes opciones que ofrece Medicare. Una es el Plan Original Medicare (pago por servicio); otra es un Plan médico de Medicare, como el Maricopa Care Advantage (HMO SNP). También puede disponer de otras opciones, la elección es suya. Sin importar lo que decida, estará en el Programa Medicare.

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid (elegible dual), podrá inscribirse en un plan o dejarlo en cualquier momento.

Comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) llamando al número que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas, los 7 días de la semana.

### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR LAS OPCIONES QUE TENGO?**

Puede comparar el plan Maricopa Care Advantage (HMO SNP) y el plan Original Medicare por medio de este resumen de beneficios. Los cuadros que aparecen en el cuadernillo incluyen algunos beneficios de asistencia del cuidado de la salud importantes. Para cada beneficio, puede ver qué puntos cubre nuestro plan y qué puntos cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare y, a la vez, ofrecemos beneficios adicionales, que pueden variar según el año.

### **¿EN QUÉ ÁREAS ESTÁ DISPONIBLE MARICOPA CARE ADVANTAGE (HMO SNP)?**

El servicio está disponible en el área del condado de Maricopa, Arizona. Para inscribirse en el plan, debe vivir en esta zona.

### **¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE EN MARICOPA CARE ADVANTAGE (HMO SNP)?**

Usted puede inscribirse en Maricopa Care Advantage (HMO SNP) si tiene derecho a Medicare Parte A y si está inscrito en Medicare Parte B y vive en el área de servicio.

Sin embargo, los individuos que padecen insuficiencia renal terminal en general no son elegibles para inscribirse en el plan Maricopa Care Advantage (HMO SNP) a menos que sean

miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzaron su tratamiento de diálisis.

Para inscribirse en el plan, también tiene que recibir asistencia del estado.

Comuníquese con nosotros para conocer si es elegible.

### **¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) ha conformado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted solamente podrá solicitar los servicios de los médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de atención médica que integran nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un directorio de proveedores actuales, o para obtener una lista actualizada visítenos en [www.mcareaz.com](http://www.mcareaz.com) y en [www.upcareaz.com](http://www.upcareaz.com).

Nuestro número de Atención al Cliente aparece al final de esta introducción.

### **¿QUÉ SUCEDE SI VISITO A UN MÉDICO QUE FIGURA EN LA RED?**

Si elegir consultar con un médico que no pertenece a nuestra red, deberá pagar usted mismo los servicios del profesional, excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, si solicita atención de emergencia). Ni nuestro plan ni el plan Original Medicare pagarán estos servicios.

### **¿DÓNDE PUEDO OBTENER LAS RECETAS DE LOS MEDICAMENTOS SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) ha conformado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. No podremos pagarle las recetas si recurre a una farmacia que no integra nuestra red, excepto en ciertos casos. Las farmacias que integran la red pueden variar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com). Nuestro número de Atención al Cliente aparece al final de esta introducción.

### **¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B O MEDICARE PARTE D?**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) cubre los medicamentos recetados de Medicare Parte B y de Medicare Parte D.

### **¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) utiliza un formulario, es decir, una lista de medicamentos que son cubiertos por el plan del paciente para satisfacer sus necesidades. Es posible que periódicamente eliminemos, agreguemos o modifiquemos las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o que cambiemos el monto que debe pagar por un medicamento. Si efectuamos algún cambio en el formulario que limita la capacidad de nuestros miembros para surtir sus recetas, se lo notificaremos a los inscritos afectados antes de efectuar el cambio. Le enviaremos un formulario y también puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com).

Si actualmente está tomando un medicamento que no aparece en el formulario o está sujeto a requisitos o limitaciones adicionales, podrá obtener un suministro temporario del medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar, con la ayuda de su médico, una excepción o un cambio de medicamento a uno alternativo que aparezca en el formulario. Comuníquese con nosotros para conocer si puede obtener un suministro temporario del medicamento que necesita o para recibir más detalles sobre la política de transición de medicamentos.

### **¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?**

Puede recibir ayuda adicional para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados, así como para pagar otros gastos de Medicare. Para conocer si califica para recibir esta ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana; también puede visitar el sitio [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y acceder a los “Programas para las personas con recursos e ingresos limitados” que aparecen en la publicación Medicare y usted.
- 1-800-772-1213 de la Administración del Seguro Social, de lunes a viernes entre las 7 a.m. y las 7 p.m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-325-0778; o al número de la oficina Medicaid de su estado.

## ¿QUÉ PROTECCIÓN TENGO CON ESTE PLAN?

Todos los planes de Medicare Advantage aceptan permanecer en el programa durante un año entero por vez. Cada año, el plan decide si continuará o no otro año más. Aunque el plan Medicare Advantage abandone el programa, usted no perderá su cobertura con Medicare. Si un plan decide no continuar, debe enviarle una carta al menos 90 días antes de que finalice su cobertura. En esta carta se le explicarán las opciones de cobertura Medicare que tiene en su área.

Como miembro de Maricopa Care Advantage (HMO SNP), usted tiene derecho a solicitar una decisión a la organización, que incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un producto o servicio y el derecho a presentar un reclamo al respecto. Usted tiene derecho a solicitar una decisión a la organización si desea que nosotros paguemos o brindemos un producto o servicio que considera que debería estar cubierto. Si le negamos dicha cobertura, tendrá derecho a apelar y a solicitarnos que revisemos esa decisión. También puede pedirnos que tomemos una decisión expeditiva (rápida) sobre la cobertura o puede apelar si considera que esperar por una decisión podría poner en peligro seriamente su salud o su vida, o podría afectar su capacidad para recuperar su máximo desempeño. En caso de que su médico respalde o efectúe ese pedido de decisión expeditivo, tendremos que agilizar la decisión. Por último, tiene derecho a presentar un reclamo si experimenta algún tipo de

problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red por una cuestión diferente a la falta de cobertura de un producto o servicio. Si el problema experimentado tiene relación con la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar un reclamo ante la Organización para mejora de la calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

Como miembro de Maricopa Care Advantage (HMO SNP), usted tiene derecho a solicitar una decisión sobre la cobertura, que incluye el derecho a pedir una excepción, derecho a apelar si le negamos la cobertura de un medicamento recetado y derecho a presentar un reclamo. También tiene derecho a solicitar una decisión sobre la cobertura si desea que nosotros le cubramos un medicamento de Parte D que considera que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura. Puede pedirnos una si cree que necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debería recibir un medicamento no preferido a un costo menor de desembolso. Además puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como un límite a la cantidad de medicamento recibido. Si considera que necesita una excepción, comuníquese con nosotros antes de intentar surtir su receta en una farmacia. Su médico debe efectuar una declaración en la que justifique el pedido de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos recetados, usted tiene derecho a apelar y a pedirnos que revisemos nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentar su reclamo si experimenta algún tipo de problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red por una cuestión diferente a la falta de cobertura de un medicamento recetado. Si el problema experimentado tiene relación con la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar un reclamo ante la Organización para mejora de la calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

## **¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS (MTM)**

Un programa de Administración del tratamiento con medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que le ofrecemos. Usted puede recibir una invitación para participar de un programa diseñado para sus necesidades de asistencia médica y farmacéutica específicas. Puede decidir no participar del programa, pero le recomendamos que aproveche todas las ventajas que este servicio cubierto le ofrece si queda seleccionado para participar de él. Comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) para conocer más detalles al respecto.

## **¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS EN MEDICARE PARTE B?**

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos en Medicare Parte B. Pueden estar incluidos, aunque no de manera exhaustiva, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) para conocer más detalles al respecto.

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada para esa función (podría ser el mismo paciente) bajo supervisión del médico.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas pacientes que tienen Medicare.
- Eritropoyetina (epoetina alfa o Epogen®): inyectable si usted padece insuficiencia renal terminal (insuficiencia permanente del riñón que requiere diálisis o trasplante del órgano) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de la coagulación o hemofílicos: factores de la coagulación que el paciente se auto administra si padece hemofilia.

- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables que se administran como parte de un servicio incidental del médico.

- Inmunodepresores: tratamiento

farmacológico inmunodepresor para pacientes trasplantados si los costos del trasplante estuvieron a cargo de Medicare o de un seguro privado que actuó como pagador primario de la cobertura Medicare Parte A en un establecimiento certificado por Medicare.

- Algunos medicamentos oncológicos por vía oral: si el mismo medicamento está disponible por vía intravenosa.

- Algunos medicamentos para las náuseas: si usted está siendo sometido a un tratamiento oncológico con quimioterapia.

- Medicamentos por inhalación o infusión administrados a través de equipos médicos durables (DME).

## **¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CLASIFICACIONES DE LOS PLANES?**

El programa Medicare clasifica cuán bien se adapta un plan a diferentes categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, clasificaciones de pacientes y Atención al Cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas del sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov); seleccione “Compare los planes Medicare de medicamentos recetados” o “Compare los Planes de Salud y las políticas de Medigap en su área” para comparar las clasificaciones de planes con los planes Medicare disponibles en su área. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las clasificaciones de planes para este plan en particular. A continuación aparece nuestro número de Atención al Cliente.

Comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) para obtener más información al respecto.

Visítenos en [www.mcareaz.com](http://www.mcareaz.com) o llámenos a los siguientes números.

## **HORARIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE:**

De lunes a domingo, inclusive, de 8 a.m. a 8 p.m. hora estándar de la montaña (MST).

Quienes ya son miembros pueden llamar al número gratuito (877) 874-3935 si tienen preguntas sobre el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800) 367-8939)

Los posibles miembros pueden llamar al número gratuito (877) 874-3938 si tienen preguntas sobre el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800) 367-8939)

Quienes ya son miembros pueden hacer una llamada local al número (520) 874-3935 si tienen preguntas sobre el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (866) 327-8877)

Los posibles miembros pueden hacer una llamada local al número (520) 874-3938 si tienen preguntas sobre el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (866) 327-8877)

Quienes ya son miembros pueden llamar al número gratuito (877) 874-3935 si tienen preguntas sobre el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD (800) 367-8939)

Los posibles miembros pueden llamar al número gratuito (877) 874-3938 si tienen preguntas sobre el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD (800) 367-8939)

Quienes ya son miembros pueden hacer una llamada local al número (520) 874-3935 si tienen preguntas sobre el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD (866) 327-8877)

Los posibles miembros pueden hacer una llamada local al número (520) 874-3938 si tienen preguntas sobre el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD (866) 327-8877)

Para obtener más información acerca de Medicare, llame al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede comunicarse durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede visitarnos en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Esta información está disponible en un formato diferente, o lenguaje diferente. Por favor llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que aparece arriba si necesita información acerca del plan.

Si tiene necesidades especiales, el documento puede estar disponible en otros formatos.

“Un plan médico con un contrato con Medicare”

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b><u>INFORMACIÓN IMPORTANTE</u></b></p> <p><b>1. Primas y otra información importante</b></p>	<p>La suma del reparto de costo de Medicare puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Las tarifas mensuales de las primas Parte B están basadas en su declaración impositiva del año 2009 que aparece detallado más abajo.</p> <p>Este plan abarca todos los servicios preventivos que cubre Medicare con cero reparto de costos.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta su designación, sus costos suelen ser más altos, lo que significa que usted tiene que pagar más.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima estándar mensual de Parte B. Sin embargo, a partir de enero de 2011, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a los 85 mil dólares para los solteros y a los 170 mil dólares para las parejas casadas).</p> <p>Si su declaración de impuestos individual es superior a los 85 mil dólares o su declaración de impuestos conjunta es superior a los 170 mil dólares, su prima mensual será de \$115.40.</p>	<p><b>General</b></p> <p>* El reparto de costos de este resumen de beneficios está basado en su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>\$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>** Consulte nuestro plan sobre reparto de costos al recibir servicios de proveedores que están fuera de nuestra red.</p> <p>Prima mensual de \$27.30 por el plan además de la prima mensual de Medicare Parte B.*</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 deducibles*</p> <p>Limite de desembolso de \$6,700</p> <p>Este límite incluye solamente los servicios cubiertos por Medicare.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

<b>Categoría de beneficio</b>	<b>Medicare Original</b>	<b>Maricopa Care Advantage (HMO SNP)</b>
<b>1. Primas y otra información importante</b> <i>(continuación)</i>	<p>Si su declaración de impuestos individual es de entre 85,001 a 107,000 dólares, o si su declaración de impuestos conjunta es de 170,001 a 214,000 dólares, su prima mensual será de \$161.50.</p> <p>Si su declaración de impuestos individual es de entre 107,001 a 160,000 dólares, o si su declaración de impuestos conjunta es de 214,001 a 320,000 dólares, su prima mensual será de \$230.70.</p> <p>Si su declaración de impuestos individual es de entre 160,000 a 214,000 dólares, o si su declaración de impuestos conjunta es de 320,001 a 428,000 dólares, su prima mensual será de \$299.90.</p> <p>Si su declaración de impuestos individual es superior a los 214,000 dólares, o si su declaración de impuestos conjunta es superior a los 428,000 dólares, su prima mensual será de \$369.10.</p> <p>Para obtener más información sobre las primas de Parte B basadas en ingresos, llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.</p>	

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>2. Elección de médicos y hospitales</b> (Para obtener más información, consulte Atención de emergencia, n° 15 y atención de urgencia, n° 16.)</p>	<p>Puede atenderse con cualquier médico, especialista o en cualquier hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Tiene que atenderse con médicos, especialistas y en hospitales que formen parte de la red.</p> <p>Se necesita una recomendación para los médicos y hospitales de la red (en el caso de ciertos beneficios).</p>
<p><b><u>RESUMEN DE BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</u></b></p> <p><b>3. Atención de pacientes hospitalizados</b> (incluye abusos de sustancias y servicios de rehabilitación)</p>	<p>Por cada periodo de beneficios, \$0 ó: Días 1 a 60: \$1,132 deducibles* Días 61 a 90: \$283 por día* Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida*</p> <p>Llame al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida puede usarse solamente una vez.</p> <p>Un “periodo de beneficio” empieza el día en que usted ingresa en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada. Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin ingresar en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada. Si visita el hospital después de que ha finalizado un periodo de</p>	<p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre 90 días por cada periodo de beneficio.</p> <p>Los montos de cada periodo de beneficio son de \$0 ó: Días 1 a 60: \$1,132 deducibles* Días 61 a 90: \$283 por día* Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida*</p> <p>No se le cobrará un reparto de costos adicional por los servicios profesionales recibidos.</p> <p>Excepto en casos de emergencias, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>3. Atención de pacientes hospitalizados</b> (incluye abusos de sustancias y servicios de rehabilitación) (continuación)</p>	<p>beneficio, comenzará un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficio que usted puede tener.</p>	
<p><b>4. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Mismo pago y deducible que para la atención de pacientes hospitalizados (ver la sección “Atención de pacientes hospitalizados” de arriba).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Tiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Mismo pago y deducible que para la atención de pacientes hospitalizados (ver la sección “Atención de pacientes hospitalizados” de arriba).</p> <p>Excepto en casos de emergencias, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p>
<p><b>5. Establecimiento de enfermería especializada (SNF)</b> (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare).</p>	<p>En el año 2010, los montos por cada periodo de beneficio después de una internación hospitalaria cubierta de al menos 3 días son: Días 1 a 20: \$0 por día* Días 21 a 100: \$0 a \$141.50 por día*</p> <p>100 días por cada periodo de beneficio</p> <p>Un “periodo de beneficio” empieza el día en que usted ingresa en un hospital o un SNF. Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin ingresar en un hospital o SNF. Si visita el hospital después de que ha finalizado un periodo de beneficio, comenzará un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficio que usted puede tener.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio.</p> <p>Se requiere una internación hospitalaria previa de 3 días.</p> <p>En el año 2010, los montos por cada periodo de beneficio después de una internación hospitalaria cubierta de al menos 3 días son: Días 1 a 20: \$0 por día* Días 21 a 100: \$0 a \$141.50 por día*</p> <p>No se le cobrará un reparto de costos adicional por los servicios profesionales recibidos.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>6. Atención médica en el hogar</b> (incluye atención de enfermería especializada discontinua médicamente necesaria, servicios de ayuda domiciliaria, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las consultas de atención en el hogar cubiertas por Medicare*</p>
<p><b>7. Hospicio</b></p>	<p>Usted paga parte de los costos de los medicamentos para pacientes ambulatorios y puede pagar parte de los costos de cuidados paliativos de pacientes hospitalizados.</p> <p>Debe recibir la atención médica de un hospicio que esté certificado por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir la atención médica de un hospicio que esté certificado por Medicare.</p>
<p><b><u>ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS</u></b></p> <p><b>8. Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada control de VIH cubierto por Medicare.</p> <p>El control de VIH está cubierto para las embarazadas y para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una infección y que son miembro de Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre una prueba cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p>El control de VIH está cubierto para las embarazadas y para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una infección y que son miembro de Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre una prueba cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p> <p>Comuníquese con el plan para conocer más detalles.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos por cada consulta a un médico de</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>8. Visitas al consultorio médico</b> (continuación)</p>		<p>atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% ó 20% de los costos por cada visita de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y dentro del área*</p> <p>0% ó 20% de los costos por cada visita a un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
<p><b>9. Servicios quiroprácticos</b></p>	<p>No está cubierta la atención de rutina.</p> <p>Coseguro de 0% ó 20% por la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (un desplazamiento o mala alineación de una articulación o una parte del cuerpo) efectuada por un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos de cada visita cubierta por Medicare*</p> <p>Las visitas quiroprácticas que cubre Medicare son para la manipulación manual de la columna con el fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o mala alineación de una articulación o una parte del cuerpo) efectuada por un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>
<p><b>10. Servicios de podología</b></p>	<p>No está cubierta la atención de rutina.</p> <p>Coseguro de 0% ó 20% por el cuidado de los pies que sea médicamente necesario, incluida la atención de afecciones médicas en los miembros inferiores.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos de cada visita cubierta por Medicare*</p> <p>Los beneficios de podología que cubre Medicare son para la atención de los pies que es médicamente necesaria.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<b>11. Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Coseguro de 0% ó 45% para la mayoría de los servicios de salud mental en pacientes ambulatorios.	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 45% de los costos de cada visita grupal o individual cubierta por Medicare*</p>
<b>12. Atención de abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</b>	Coseguro de 0% ó 20%	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 45% de los costos de cada visita grupal o individual cubierta por Medicare*</p>
<b>13. Cirugía/Servicios ambulatorios</b>	<p>Coseguro de 0% ó 20% para el médico</p> <p>Copago especificado para los costos del hospital en pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible de hospital para pacientes hospitalizados que cubre la Parte A.</p> <p>Coseguro de 0% ó 20% por los cargos de centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos de cada visita ambulatoria a un centro quirúrgico cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% de los costos de cada visita ambulatoria a un hospital cubierta por Medicare.*</p>
<b>14. Servicios de ambulancia</b> (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coseguro de 0% ó 20%	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos de beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>15. Atención de emergencia</b> (Puede concurrir a cualquier sala de emergencia si considera razonable recibir atención de emergencia).</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20% para el médico</p> <p>Copago especificado por los cargos de consultas ambulatorias a una sala de emergencia (ER) de un hospital</p> <p>El copago de ER no puede exceder el deducible de hospital para pacientes hospitalizados que cubre la Parte A.</p> <p>No debe pagar el copago de sala de emergencia si es admitido a un hospital por la misma afección dentro de los tres días de haber concurrido a la sala de emergencia.</p> <p>No está cubierta fuera de los EE. UU., excepto en ciertas circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> 0% ó 20% de los costos (hasta \$50) de las consultas a salas de emergencia cubiertas por Medicare*</p> <p>No está cubierta fuera de los EE. UU., excepto en ciertas circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para conocer más detalles.</p> <p>Si es admitido a un hospital por la misma afección dentro de los tres días, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencia.</p>
<p><b>16. Atención de urgencia</b> (NO se trata de atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p>	<p><b>General</b> 0% ó 20% de los costos por consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare*</p>
<p><b>17. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> (Terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, servicios de terapia respiratoria, servicios sociales/psicológicos, entre otros)</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Puede haber límites a la fisioterapia, la terapia ocupacional y los servicios para patologías del lenguaje y el habla. De ser así, podrá haber excepciones a dichos límites.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>17. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> (Terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, servicios de terapia respiratoria, servicios sociales/psicológicos, entre otros) (continuación)</p>		<p>0% ó 20% de los costos por las consultas de terapia ocupacional cubierta por Medicare.*</p> <p>0% ó 20% de los costos por las consultas de fisioterapia y/o servicios para patologías del lenguaje y el habla cubiertas por Medicare.*</p> <p>0% ó 20% de los costos por las consultas de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare.*</p>
<p><b>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b></p> <p><b>18. Equipos médicos durables</b> (incluyen sillas de ruedas, equipos de oxígeno, etc.)</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos por los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p><b>19. Dispositivos protésicos</b> (incluye aparatos ortopédicos, miembros y ojos artificiales)</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos por los artículos cubiertos por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>20. Capacitación en autocontrol de la diabetes, terapia médica de nutrición y suministros</b> (incluye cobertura de los controles de la glucosa, tiras reactivas, lancetas, pruebas de control, capacitación en autocontrol, examen de retina/prueba de glaucoma y examen de pies/zapatos terapéuticos)</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20%</p> <p>La terapia médica de nutrición está destinada para los pacientes diabéticos o que sufren insuficiencia renal (pero no reciben diálisis o no recibieron trasplante de riñón) cuando son recomendados por un médico. Estos servicios pueden estar a cargo de un nutricionista registrado o pueden incluir asesoramiento y una evaluación nutricional para ayudarlo a controlar su diabetes o su enfermedad renal.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por capacitación en autocontrol de la diabetes.*</p> <p>Copago de \$0 por terapia nutricional para pacientes diabéticos.*</p> <p>0% ó 20% de los costos de suministros para la diabetes.*</p>
<p><b>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>Coseguro de 0% ó 20% por las pruebas de diagnóstico y radiografías</p> <p>0% de los costos de servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios diagnósticos de laboratorio que son médicamente necesarios y son ordenados por su médico cuando están a cargo de un laboratorio certificado con Enmiendas para acondicionamiento de laboratorios clínicos (CLIA) que participan de Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio sirven para que su médico diagnostique o descarte una enfermedad o afección sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de control de rutina, como los exámenes de colesterol.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% de los costos por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% ó 0% a 20% de los costos de procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% ó 20% de los costos de radiografía cubiertas por Medicare.*</p> <p>0% ó 20% de los costos de servicios diagnósticos en radiología cubiertos por Medicare (no incluye radiografías).*</p> <p>0% ó 20% de los costos de servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b> (continuación)</p>	<p>Copago de \$0 por controles de VIH, pero en general usted paga 0% ó 20% del monto aprobado por Medicare para la consulta con el médico.</p> <p>El control de VIH está cubierto para las embarazadas y para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una infección y que son miembro de Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre una prueba cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	
<p><b><u>SERVICIOS PREVENTIVOS</u></b></p> <p><b>22. Densitometría ósea</b> (para los pacientes de Medicare que están en riesgo)</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Cubre una densitometría cada 24 meses (con más frecuencia en caso de que sea médicamente necesario) si usted padece ciertas afecciones médicas.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por las densitometrías óseas cubiertas por Medicare*</p>
<p><b>23. Prueba de detección de cáncer colorrectal</b> (para los pacientes mayores de 50 años que tienen Medicare)</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible.</p> <p>Esta prueba está cubierta cuando usted corre un alto riesgo de sufrir una afección colorrectal o si es mayor de 50 años.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por las pruebas de detección colorrectales cubiertas por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>24. Vacunas</b> (contra la gripe, la hepatitis B –para los pacientes que corren riesgo de contraer la enfermedad y tienen Medicare– y contra la neumonía)</p>	<p>Copago de \$0 para las vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B</p> <p>Es posible que necesite la vacuna contra la neumonía solamente una vez en su vida. Comuníquese con su médico para obtener más información.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p> <p>Copago de \$0 para la vacuna contra la hepatitis B.</p> <p>No se necesita recomendación para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p>
<p><b>25. Mamografías (control anual)</b> (para las mujeres mayores de 40 años que tienen Medicare)</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible.</p> <p>No se necesita recomendación.</p> <p>Se cubre una mamografía por año para las mujeres mayores de 40 años que tienen Medicare. Cubre una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años que tienen Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las mamografías de control cubiertas por Medicare.*</p>
<p><b>26. Pruebas de Papanicolaou y exámenes de pelvis</b> (para las pacientes que tienen Medicare)</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou.</p> <p>No se paga coseguro, copago ni deducible para los exámenes de pelvis y los exámenes clínicos de mama.</p> <p>Se cubre una prueba cada 2 años.</p> <p>Se cubre una prueba por año para las pacientes que están en riesgo y tienen Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes de pelvis cubiertos por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>27. Exámenes de detección de cáncer prostático</b> (para los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare)</p>	<p>Coseguro de 0% ó 20% para los exámenes de tacto rectal digital.</p> <p>\$0 para la prueba de antígeno prostático específico (PSA); coseguro de 0% ó 20% para otros servicios relacionados.</p> <p>Cubre un examen por año para todos los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Examen de detección de cáncer prostático cubierto por Medicare*</li> </ul>
<p><b>28. Insuficiencia renal terminal</b></p>	<p>Coseguro de 0% ó 20% para la diálisis renal</p> <p>Coseguro de 0% ó 20% para la terapia médica nutricional en pacientes que padecen insuficiencia renal terminal</p> <p>La terapia médica nutricional está destinada a los pacientes diabéticos o que padecen insuficiencia renal (pero no reciben diálisis o no recibieron trasplante de riñón) cuando son recomendados por un médico. Estos servicios pueden estar a cargo de un nutricionista registrado o pueden incluir asesoramiento y una evaluación nutricional para ayudarlo a controlar su diabetes o su enfermedad renal.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 0% ó 20% de los costos de la diálisis renal*</p> <p>Copago de \$0 para la terapia médica nutricional en pacientes que padecen insuficiencia renal terminal*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>29. Medicamentos recetados</b></p>	<p>La mayoría de los medicamentos recetados no están cubiertos en el plan Original Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos recetados a su plan Original Medicare si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare; también puede obtener toda su cobertura Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados, inscribiéndose en un plan Medicare Advantage o un plan de costos Medicare que ofrece cobertura para medicamentos recetados.</p>	<p><b>Medicamentos que cubre Medicare Parte B</b></p> <p><b>General</b> Deducible anual de \$0 para los medicamentos cubiertos por Parte B.*</p> <p>0% ó 20% de los costos de medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p><b>Medicamentos que cubre Medicare Parte D</b></p> <p><b>General</b> Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede verlo en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos de desembolso para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tienen ingresos limitados</li> <li>– viven en centros de atención a largo plazo o</li> <li>– tienen acceso al Servicio de salud para tribus/indígenas urbanos</li> </ul> <p>Su cobertura para medicamentos recetados dentro de nuestra red puede limitarse al área de servicio de su plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, es posible que deba pagar el costo total de su receta. Ante ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los compra en una farmacia fuera de la red, aunque es posible que deba</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>29. Medicamentos recetados</b> (continuación)</p>		<p>pagar gastos adicionales. Comuníquese con el plan para conocer detalles.</p> <p>Los costos anuales de medicamentos recetados son los costos totales de medicamentos que pagan usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede exigirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección.</p> <p>Algunos medicamentos pueden tener límites en la cantidad.</p> <p>Su proveedor tiene que obtener autorización previa de Maricopa Care Advantage (HMO SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para comprar ciertos medicamentos, tiene que recurrir a determinadas farmacias, debido a su manipulación especial, la coordinación del proveedor o los requisitos de educación del paciente que la mayoría de las farmacias de su red no cubren. Estos medicamentos están enumerados en el sitio web del plan, el formulario, los materiales impresos, así como en el Buscador de medicamentos recetados del plan en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto de reparto de costo</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>29. Medicamentos recetados</b> (continuación)</p>		<p>normal de ese medicamento, usted tendrá que pagar el costo real, no el monto mayor de reparto.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Debe pagar un deducible anual de \$0.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Dependiendo de sus ingresos y de su categoría institucional, usted deberá pagar lo siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copago de \$0; o</li> <li>– Copago de \$1.10; o</li> <li>– Copago de \$2.50</li> </ul> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copago de \$0; o</li> <li>– Copago de \$3.30; o</li> <li>– Copago de \$6.30</li> </ul> <p><b>Farmacia minorista</b> Puede obtener sus medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suministro de un mes (31 días)</li> <li>– Suministro de tres meses (90 días)</li> </ul> <p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b> Puede obtener sus medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suministro de un mes (31 días)</li> </ul>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>29. Medicamentos recetados</b> (continuación)</p>		<p><b>Pedido por correo</b> Puede obtener sus medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suministro de tres meses (90 días)</li> </ul> <p><b>Cobertura catastrófica</b> Cuando sus costos anuales de desembolso por medicamentos alcanzan los \$4,550, usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en ciertas circunstancias, por ejemplo, ante una enfermedad en un viaje fuera del área de servicio del plan que no tiene farmacias de la red. Es posible que deba pagar más del reparto de costo normal si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el costo total que impone la farmacia y enviar la documentación necesaria para recibir el reembolso de Maricopa Care Advantage (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener sus medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suministro de un mes (31 días)</li> </ul> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Dependiendo de sus ingresos y de su categoría institucional, Maricopa Care Advantage (HMO SNP) le reembolsará el costo total del medicamento menos los siguientes montos:</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>29. Medicamentos recetados</b> (continuación)</p>		<p>Medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copago de \$0; o</li> <li>– Copago de \$1.10; o</li> <li>– Copago de \$2.50</li> </ul> <p>Todos los demás medicamentos comprados fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copago de \$0; o</li> <li>– Copago de \$3.30; o</li> <li>– Copago de \$6.30</li> </ul> <p><b>Cobertura catastrófica fuera de la red</b></p> <p>Cuando sus costos anuales de desembolso por medicamentos alcanzan los \$4,550, se le reembolsará el costo total de los medicamentos comprados fuera de la red.</p>
<p><b>30. Servicios odontológicos</b></p>	<p>No están cubiertos los servicios odontológicos preventivos (como la limpieza).</p>	<p><b>General</b></p> <p>Pueden aplicarse las normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$0 para los siguientes beneficios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– hasta 1 examen bucodental por año</li> <li>– hasta 1 limpieza por año</li> <li>– hasta 1 tratamiento con flúor por año</li> <li>– hasta 1 radiografía dental por año</li> </ul> <p>0% ó 20% de los costos de beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.*</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>31. Servicios auditivos</b></p>	<p>No están cubiertos los exámenes auditivos de rutina y los dispositivos de audición.</p> <p>Coseguro de 0% ó 20% para los exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>En general, no están cubiertos los exámenes auditivos de rutina.</p> <p>No están cubiertos los dispositivos de audición.</p> <p>Copago de \$0 para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare*</p>
<p><b>32. Servicios oftalmológicos</b></p>	<p>Coseguro de 0% a 20% para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones visuales.</p> <p>No están cubiertos los exámenes visuales de rutina y los anteojos.</p> <p>Medicare cubre un par de anteojos o lentes de contacto si el paciente fue operado de cataratas.</p> <p>Están cubiertos los controles anuales de glaucoma para los pacientes en riesgo.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$0 para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones visuales*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– y hasta 1 examen visual de rutina por año</li> <li>– 0% ó 20% de los costos de un par de anteojos o de lentes de contacto para pacientes operados de cataratas.*</li> <li>– 0% de los costos de hasta 1 par de anteojos por año</li> <li>– 0% de los costos de hasta 1 par de lentes de contacto por año</li> </ul> <p>Límite de \$75 en la cobertura del plan de anteojos o lentes cada dos años.</p>
<p><b>33. La bienvenida a Medicare; y Visita preventiva anual</b></p>	<p>Cuando se inscribe en Medicare Parte B, es elegible para los siguientes beneficios:</p> <p>Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B, puede obtener un examen de Bienvenida a Medicare o una visita preventiva anual.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Cuando se inscribe en Medicare Parte B, puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de Parte B. La cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p> <p>Copago de \$0 para el examen</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>33. La bienvenida a Medicare; y Visita preventiva anual</b> (continuación)</p>	<p>Después de los 12 meses iniciales, puede obtener una visita preventiva anual cada 12 meses.</p> <p>No se paga coseguro, copago o deducibles para el examen de Bienvenida a Medicare o para una visita preventiva anual.</p> <p>El examen de Bienvenida a Medicare no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>físico preventivo inicial y la visita preventiva anual requeridos, cubiertos por Medicare.</p> <p>No se cubren los exámenes de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para los beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
<p><b>34. Educación sobre salud y prevención</b></p>	<p>Tratamiento para dejar de fumar: está cubierto si fue ordenado por su médico. Incluye dos sesiones de asesoramiento dentro de un periodo de 12 meses si se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo o si está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas individuales. Usted debe pagar un coseguro, y se aplica el deducible de la Parte B.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios de educación sobre salud y prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Materiales escritos de educación sobre salud, incluidos boletines informativos</li> </ul> <p>Copago de \$0 para cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p>
<p><b>Transporte</b> (de rutina)</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Este plan no cubre el transporte de rutina.</p>

## SECCIÓN 2: Informe del resumen de beneficios para el contrato H7352, Plan 003

Categoría de beneficio	Medicare Original	Maricopa Care Advantage (HMO SNP)
<p><b>Acupuntura</b></p>		<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el tratamiento de acupuntura.</p>
<p><b>VIH</b></p>	<p>Copago de \$0 para el control de VIH, pero en general se paga 0% ó 20% del monto aprobado por Medicare para la consulta del médico.</p> <p>El control de VIH está cubierto para las embarazadas y para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una infección y que son miembro de Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre una prueba cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 por cada control de VIH cubierto por Medicare.</p> <p>El control de VIH está cubierto para las embarazadas y para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una infección y que son miembro de Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre una prueba cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	

### **SECCIÓN 3**

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MARICOPA CARE ADVANTAGE (HMO SNP)**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) es un Plan de necesidades especiales y medicamentos recetados de Medicare Advantage con un contrato de Medicare diseñado para asistir a los beneficiarios elegibles para los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid (AHCCCS) en el condado de Maricopa, Arizona.

Si usted es actualmente miembro de Maricopa Health Plan AHCCCS, al elegir Maricopa Care Advantage (HMO SNP) podrá recibir beneficios tanto de Medicare como de Medicaid, así como medicamentos recetados de su Parte D de una compañía, Maricopa Care Advantage (HMO SNP). Si se inscribe en este plan para recibir los beneficios de Medicare y permanece inscrito en otro plan de salud de Medicaid, dicho plan será el que le brinde los beneficios de Medicaid.

Consulte en la Sección 2 los beneficios 30 y 32 para obtener información sobre servicios odontológicos y oftalmológicos adicionales que están cubiertos para los miembros de Maricopa Care Advantage (HMO SNP). Para conocer más detalles acerca de estos beneficios, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente llamando al número gratuito 1-877-874-3935 o

520-874-3935 de 8 a.m. a 8 p.m. los días lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábados. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-367-8939.

### **MARICOPA CARE ADVANTAGE (HMO SNP) Y MARICOPA HEALTH PLAN (AHCCCS)**

Maricopa Care Advantage (HMO SNP) es un Plan de necesidades especiales y medicamentos recetados de Medicare Advantage con un contrato de Medicare diseñado para asistir a los beneficiarios elegibles para los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid (AHCCCS) en el condado de Maricopa, Arizona.

Si usted cuenta con el Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS), podrá recibir servicios adicionales conforme a los beneficios de AHCCCS además de Maricopa Care Advantage (HMO SNP), según su nivel de elegibilidad en AHCCCS.

Solo ciertas personas califican para recibir beneficios basados en las pautas de elegibilidad establecidas por el gobierno federal y el gobierno estatal. La administración de AHCCCS ofrece múltiples programas de seguro diseñados para brindar atención médica a los residentes de Arizona. Para obtener más información o para conocer si es elegible, comuníquese con la oficina de elegibilidad de AHCCCS al número 602-417-5010 en el área de Phoenix o al número gratuito 1-800-528-0142.

Usted debe mantener su elegibilidad de Medicaid (AHCCCS) para conservar los beneficios a través de Maricopa Care Advantage (HMO SNP); debe vivir en el área de servicio mencionada arriba; y mantener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en Maricopa Care Advantage (HMO SNP) y seguir siendo miembro de este plan.

Si recibe sus beneficios de Medicaid a través de Maricopa Health Plan, Maricopa Care Advantage (HMO SNP) coordinará sus beneficios entre los dos planes. Si recibe sus beneficios de Medicaid a través de otro plan de salud, dicho plan será el que pague los beneficios de Medicaid, en tanto que Maricopa Care Advantage (HMO SNP) pagará sus beneficios de Medicare.

### **PRIMAS Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

Si usted es un beneficiario elegible dual y califica para recibir ayuda adicional en 2010\*, AHCCCS pagará su prima de Medicare Parte B. La prima para 2010 fue de \$96.40 mensuales y puede cambiar en el año 2011. Medicare pagará la prima mensual de Parte D de \$27.30 en representación suya, ya que usted califica automáticamente para recibir ayuda adicional con los medicamentos recetados.

- \* Los montos de reparto de costos (copagos y coseguros) del año 2011 dependerán de su nivel de elegibilidad para Medicare y podrán estar sujetos a cambios.

Los montos de reparto de costos que usted tenga que pagar están enumerados en la Sección 2. Para la mayoría de los miembros, será el copago más bajo que aparece. Comuníquese con Maricopa Care Advantage (HMO SNP) o con su oficina de elegibilidad de AHCCCS para obtener información acerca de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Si se inscribe en Maricopa Care Advantage (HMO SNP) para recibir sus beneficios de Medicare y permanece inscrito en otro plan de salud de Medicaid, dicho plan será el que ofrezca los beneficios de Medicaid.

## SECCIÓN 4

**Beneficios para el año 2011 del Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros elegibles duales y del Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS).**

Para que usted comprenda mejor sus opciones de atención sanitaria, en el siguiente cuadro encontrará los costos de ciertos servicios según el Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (Medicaid) y como miembro elegible dual.

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b><u>ASISTENCIA MEDICAID A CORTO Y LARGO PLAZO</u></b>			
<b>Visitas al hospital para pacientes internados</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios en establecimientos de enfermería especializada</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Visitas de asistencia del cuidado de la salud domiciliario</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Consulta con un médico de atención primaria</b>	\$0	\$0 a \$5 según la elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 para menores de 18 años. <i>Los exámenes preventivos para mayores de 21 años no están cubiertos.</i>	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b>Consulta con un especialista</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Consultas de atención quiropráctica cubierta por Medicare</b>	\$0	<i>No está cubierto para los mayores de 21 años. \$0 para los menores de 21 años.</i>	\$0
<b>Consultas por servicios de podología</b>	\$0	<i>Si son brindados por un podólogo: no están cubiertos para los mayores de 21 años. \$0 para los menores de 21 años y si son brindados por un proveedor que no es podólogo.</i>	\$0
<b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Asistencia por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Centro quirúrgico ambulatorio o consulta a hospital para pacientes ambulatorios</b>	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de La elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 para los menores de 18 años.	\$0
<b>Servicios de ambulancia</b>	\$0	\$0	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b>Consultas en salas de emergencia</b>	\$0	\$30 para el uso de no emergencia de las salas ER dependiendo de la elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 todos los demás.	\$0
<b>Atención de urgencias</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Terapia ocupacional/ Fisioterapia/ logopedia para pacientes ambulatorios</b>	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de La elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 para los menores de 18 años.	\$0
<b>Equipos médicos durables</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Dispositivos prostéticos</b>	\$0	\$0. <i>Miembro o articulación controlados por microprocesador en el miembro inferior, no cubierto para mayores de 21 años.</i>	\$0
<b>Suministros y capacitación en autocontrol de la diabetes</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Pruebas diagnósticas, radiografías y servicios de laboratorio</b>	\$0	\$0	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Vacunas contra la gripe y la neumonía</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Mamografía de control</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Prueba de Papanicolaou y exámenes de pelvis</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Detección de cáncer prostático</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Diálisis renal o terapia médica nutricional para pacientes con insuficiencia renal terminal</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Medicamentos recetados: genéricos</b>	\$0	\$0 a \$4 dependiendo de la elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 para los menores de 18 años.	Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): – Copago de \$0; o – Copago de \$1.10; o – Copago de \$2.50
<b>Medicamentos recetados: de marca</b>	\$0	\$0 a \$10 dependiendo de la elegibilidad* a partir de los 19 años. \$0 para los menores de 18 años.	Todos los medicamentos restantes: – Copago de \$0; o – Copago de \$3.30; o – Copago de \$6.30

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b>Exámenes auditivos, pruebas auditivas de rutina, exámenes de aptitud para el uso de dispositivo de audición</b>	<i>No están cubiertos para los mayores de 21 años. \$0 para los menores de 21 años.</i>	<i>No están cubiertos para los mayores de 21 años. \$0 para los menores de 21 años.</i>	<p>En general, los exámenes auditivos de rutina y los dispositivos de audición no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$0 para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p>
<b>Examen visual anual de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y marcos</b>	<i>No están cubiertos para los mayores de 21 años a menos que sea un paciente operado de cataratas. \$0 para los menores de 21 años.</i>	<i>No están cubiertos para los mayores de 21 años. \$0 para los menores de 21 años.</i>	<p>Copago de \$0 para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones visuales</p> <p>1 examen visual de rutina por año</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 0% a 20% del costo de un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>– 0% del costo de hasta 1 par de anteojos por año</li> <li>– 0% del costo de hasta 1 par de lentes de contacto por año</li> </ul> <p>Límite de \$75 en la cobertura del plan de anteojos o lentes cada dos años</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible dual</b>	<b>Sistema de contención de costos de cuidado de la salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB y elegible dual</b>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage – Dual</b>
<b>Transporte</b>	\$0	\$0	\$0
<b><u>SOLAMENTE PARA ATENCIÓN A LARGO PLAZO</u></b>			
<b>Establecimiento de enfermería</b>	Aporte del miembro determinado por la agencia de Medicaid	Aporte del miembro determinado por la agencia de Medicaid	\$0
<b>Servicios domiciliarios y basados en la comunidad</b>	Aporte del miembro determinado por la agencia de Medicaid	Aporte del miembro determinado por la agencia de Medicaid	Comuníquese con el Plan para conocer más detalles.

\* - Consulte el sitio web de AHCCCS para obtener información adicional sobre los copagos.

Revisado el 22 de septiembre de 2010 para los enunciados relacionados con los 21 años.







**Centro de Atención al Cliente de Maricopa Care Advantage (HMO SNP):**

Para obtener ayuda o información, llame a Atención al Cliente o visite el sitio web del plan: [www.mcareaz.com](http://www.mcareaz.com)

**1-877-874-3935**

**TTY: 1-800-367-8939**

**Horarios de servicio:**

8:00 am – 8:00 pm, 7 días a la semana