



Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Resumen de Beneficios de 2023

Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Servicios al Miembro

Llame 602-586-1730 ó 1-877-436-5288

Las llamadas a estos números son gratis.
7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Servicios al Miembro también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis.
7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Ventas

Llame 602-414-7630 ó 1-866-571-5781

Las llamadas a estos números son gratis.
7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Ventas de Mercy Care Advantage (HMO SNP) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para aquellos que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis.
7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Escriba Mercy Care Advantage (HMO SNP)
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

Sitio Web www.MercyCareAZ.org

Resumen de los Beneficios de 2023

Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Enero 1º de 2023 – Diciembre 31 de 2023
H5580-001, 004, 005

Mercy Care Advantage es una organización HMO SNP bajo contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

H5580_23_004_M

La buena salud es un esfuerzo en equipo

Con nuestro Plan para Necesidades Especiales con Elegibilidad Dual de Medicare Advantage, o D-SNP (por sus siglas en inglés), usted tendrá a un equipo de cuidado personal en su esquina, listo para ayudarle a lograr su mejor salud y hacerle la vida más fácil.

- Cuando se le asigna a un **administrador de casos de enfermería**, él o ella será el único punto de contacto para ayudar a coordinar su atención.
- Su **administrador de atención** le ayudará a programar citas con el doctor, hacer arreglos de transporte con usted para satisfacer sus necesidades personales.
- Un equipo dedicado de Servicios al Miembro está disponible para ayudarle con sus preguntas sobre los beneficios de su plan.

¿Es usted elegible para inscribirse?

Para unirse a nuestro plan, usted debe:

- Usted debe vivir en el área de servicio de Mercy Care Advantage, la cual incluye a todos los condados del estado de Arizona. Esos condados de Arizona son Apache, Cochise, Coconino, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Mohave, Navajo, Pima, Pinal, Santa Cruz, Yavapai y Yuma.
- Tener la Parte A de Medicare
- Tener la Parte B de Medicare
- Estar inscrito/a en el Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS por sus siglas en inglés) para los beneficios estatales de Medicaid.

¿Qué Es la Elegibilidad Dual?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado provee cobertura adicional para el cuidado de la salud y apoyo financiero basado en su nivel de ayuda del Programa de Ahorros de Medicare (MSP por sus siglas en inglés) (vea la tabla a continuación). La cobertura de Medicaid varía y lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

El Plan para Necesidades Especiales con Elegibilidad Dual (D-SNP por sus siglas en inglés) son planes especializados de Medicare Advantage que proveen beneficios para el cuidado de la salud y medicamentos de prescripción para individuos que cuentan con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Las personas deben cumplir con ciertos requerimientos de elegibilidad del plan para inscribirse en un plan D-SNP.

Programa de Ahorros de Medicare	Lo que cubre
Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés)	Una persona que se determina que es elegible como Beneficiaria Cualificada de Medicare (QMB por sus siglas en inglés), y elegible a los servicios de atención completa de AHCCCS Complete Care, o a los servicios del Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS por sus siglas en inglés). Una persona QMB Dual recibe servicios tanto de Medicare como de Medicaid y asistencia con el costo compartido para ayudar a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (tales como deducibles, coseguros, y copagos). Algunas personas con QMB también son elegibles a los beneficios completos de AHCCCS Medicaid (QMB+).
Beneficiario de Bajos Ingresos Especificado de Medicare (SLMB por sus siglas en inglés)	Una persona que cualifica como beneficiaria de Medicare y para la asistencia de costos compartidos de AHCCCS (Medicaid) con su prima de la Parte B de Medicare, se conoce como Beneficiaria de Bajos Ingresos Especificada de Medicare (SLMB por sus siglas en inglés). Esta persona no cualifica para ser beneficiaria QMB debido a que sus ingresos exceden el Nivel Federal de Pobreza de los beneficiarios QMB. Algunas personas con beneficios SLMB también son elegibles a los beneficios completos de AHCCCS Medicaid (SLMB+).
Elegible al Beneficio Dual Completo (FBDE por sus siglas en inglés)	Una persona que no cumple con los criterios de ingresos o recursos para ser una beneficiaria QMB o SLMB. Es elegible a Medicaid ya sea categóricamente o a través de grupos de cobertura opcionales, tales como Con Necesidad Médica, exención de Boleto al Trabajo, o niveles especiales de ingresos para exenciones institucionalizadas o basadas en el hogar y la comunidad. Los pagos de AHCCCS de Medicaid para el deducible de Medicare y las cantidades de coseguro para los servicios cubiertos por Medicare son limitados.
¿Qué es “Ayuda Extra”?	“Ayuda Extra” es un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por las primas, los deducibles, los coseguros, y otros costos de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Algunas personas cualifican para Ayuda Extra automáticamente, y otras personas deben solicitarla. La Ayuda Extra se proporciona automáticamente si usted obtiene: • Cobertura completa de Medicaid • Ayuda de su estado pagando sus primas de la Parte B (de un Programa de Ahorros de Medicare) • Beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI por sus siglas en inglés) del Seguro Social

Cosas que debe saber

Nuestro plan Medicare Advantage D-SNP es para personas con Medicare que también son elegibles a Medicaid. Reemplaza su cobertura Original de Medicare. Usted seguirá teniendo Medicare, pero obtendrá su cobertura a través de nosotros, en lugar de del gobierno federal. Nosotros cubrimos todo lo que hace el plan Original de Medicare y también ofrecemos otros beneficios y servicios adicionales.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto Medicare como AHCCCS Medicaid. Con su elegibilidad a AHCCCS, usted pagará menos por algunos de sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare. AHCCCS también le provee otros beneficios al cubrir los servicios para el cuidado de la salud que generalmente no están cubiertos por Medicare. Usted también recibirá “Ayuda Extra” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de prescripción de Medicare.

Mercy Care Advantage provee acceso a una sólida red de doctores, hospitales, farmacias, y otros proveedores. Su proveedor de cuidado primario (PCP por sus siglas en inglés) trabajará con usted y le ayudará a coordinar su atención. Cuando se inscriba, le preguntaremos quién es su PCP. Si usted no elige a uno, nosotros se lo asignaremos. Usted siempre puede cambiar al PCP llamándonos.

Si usted recibe atención médica de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables por los costos. Se aplican excepciones para la atención de emergencia, la atención urgentemente necesaria cuando usted esté fuera de nuestra red de servicios, servicios de diálisis fuera del área, y cuando nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Nuestro plan incluye cobertura de medicamentos de prescripción y usa una lista de medicamentos, también conocida como formulario. La lista de medicamentos está diseñada para personas de Medicare e incluye una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca registrada. Nosotros proveemos acceso a una amplia red de farmacias. Por lo general, usted debe usar farmacias de la red para surtir sus prescripciones/recetas.

Por favor refiérase a nuestra Evidencia de Cobertura de Mercy Care Advantage para información completa sobre la cobertura del plan. Si usted desea recibir una copia de la Evidencia de cobertura de Mercy Care Advantage de 2023, el Formulario, o el directorio de Proveedores/Farmacias por correo postal, por favor llame a Servicios al Miembro al **1-877-436-5288** (TTY al **711**) de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Usted también puede ver estos materiales en nuestro sitio web del plan a partir del 15 de octubre de 2022, en **www.MercyCareAZ.org**.

Nosotros debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas además de inglés, en audio, en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios al Miembro si usted necesita información del plan en otro formato.

Si usted desea saber más sobre el plan Original de Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted” de 2023. Véalo en línea en www.medicare.gov. O consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY al 1-877-486-2048), 24 horas al día, 7 días de la semana.

Servicios Cubiertos	Plan Original de Medicare	Nuestro Plan
Cubre sus servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare	✓	✓
Si usted es miembro de Mercy Care, nuestro plan le ayudará a coordinar su cobertura de planes de Medicare y Medicaid	—	✓
Ofrece cobertura más allá de la Parte A y la Parte B de Medicare	—	✓
Cubre sus medicamentos de prescripción	—	✓
Requiere que usted tenga a un médico de cuidado primario (PCP por sus siglas en inglés)	—	✓
Provee asistencia de gerente de casos de enfermería y al administrador de atención	—	✓
Ofrece beneficios dentales para cosas tales como exámenes, limpiezas, y dentaduras postizas	—	✓
Ofrece beneficios de la vista para exámenes de los ojos de rutina, lentes de contacto, y anteojos	—	✓
Ofrece exámenes auditivos de rutina y aparatos auditivos	—	✓
Ofrece una asignación mensual para artículos sin prescripción/ de venta libre	—	✓
Ofrece transporte de rutina para acceder algunos beneficios	—	✓

Este folleto le provee un resumen de lo que cubre nuestro plan y de lo que usted paga. No lista todos los servicios cubiertos, las limitaciones o las exclusiones. Hable con nuestros representantes para más información, o consulte la Evidencia de Cobertura de Mercy Care Advantage para la información completa sobre la cobertura de los beneficios del plan, las limitaciones y las exclusiones.

Beneficios médicos y de hospital

Las primas, los deducibles, los copagos y el coseguro pueden variar de acuerdo a su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda Extra que usted reciba. **Lo que usted paga depende del nivel de elegibilidad a Medicaid que usted tenga. Aquellos con Medicaid completo pagan \$0. Si no es elegible a los beneficios completos de Medicaid, usted puede pagar algunas cantidades del costo compartido de Medicare.** Consulte nuestra Evidencia de Cobertura para la información completa sobre la cobertura y los costos compartidos. Para los servicios cubiertos por AHCCCS, consulte la sección de Cobertura de Medicaid en este folleto.



Prima del plan, deducible y gasto máximo de desembolso (MOOP por sus siglas en inglés)

Costos de desembolso	
Prima mensual	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se paga bajo su elegibilidad a Medicaid.
Deducible del plan	\$0 Nuestro plan tiene deducibles para algunos servicios médicos dentro de la red. Estos deducibles están cubiertos si usted tiene elegibilidad completa a Medicaid.
Copagos y Coseguro	\$0 Nuestro plan tiene copagos y coseguros para algunos servicios de hospital y médicos. Éstos están cubiertos si usted tiene elegibilidad completa a Medicaid.
Desembolso máximo "MOOP"	\$8,300 al año Mientras Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de desembolso.



Cobertura de hospital

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Paciente interno – días 1-90 La cobertura se basa en los períodos de beneficios	\$0
Paciente externo (servicios de observación en el hospital)	\$0
Hospital como paciente externo	\$0
Centro quirúrgico para pacientes externos/ambulatorio	\$0



Visitas al doctor

Usted debe elegir a un doctor en nuestra red del plan como su **médico de cuidado primario (PCP)** por sus siglas en inglés). Es posible que se requiera una referencia de su PCP para servicios de especialista.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Visita al PCP	\$0
Visita al especialista	\$0



Atención preventiva, de emergencia, y de urgencia

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención preventiva (incluye todos los servicios preventivos cubiertos por el plan Original de Medicare)	\$0
Atención de emergencia o urgencia	\$0



Servicios de diagnóstico, laboratorios, imágenes

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, imágenes de resonancia magnética MRI, tomografías computarizadas CAT, imágenes tridimensionales 3-D)	\$0
Servicios de laboratorio Pruebas del COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación	\$0 \$0
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0
Rayos X como paciente externo	\$0



Servicios auditivos

Nuestro **beneficio auditivo** es provisto por proveedores y vendedores de aparatos auditivos en nuestra red.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico – Cubierto por Medicare	\$0
Examen auditivo de rutina – 1 examen cada año	\$0
Aparatos auditivos – cobertura máxima Hasta \$1,900 cada dos años para ambos oídos combinados	Su beneficio de aparatos auditivos cuenta con una asignación. Si elige un aparato auditivo que cueste más que su asignación, usted tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará la cantidad adicional.



Servicios dentales

Para que nosotros cubramos sus **servicios dentales**, usted debe ver a un dentista en la **red de DentaQuest**. Para encontrar a un dentista, use el número de teléfono o el sitio web que aparece en la tabla de referencia rápida de contactos. Nosotros cubrimos servicios dentales preventivos e integrales. Se aplican limitaciones y exclusiones a los servicios, consulte nuestra Evidencia de Cobertura para más detalles. No se requiere autorización previa para los servicios dentales.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
La Parte A de Medicare cubre servicios dentales limitados	\$0
Servicios preventivos y de diagnóstico • Limpieza (hasta 1 cada seis meses a partir de la última fecha de servicio) • Rayos X dentales (1 cada 12 meses a partir de la última fecha de servicio) • Tratamiento de fluoruro (hasta 1 cada seis meses a partir de la última fecha de servicio) • Examen oral (hasta 1 cada seis meses a partir de la última fecha de servicio)	\$0
Servicios integrales • Los servicios incluyen cobertura para extracciones, coronas, empastes, extirpación de la raíz y dentaduras postizas • Serie de radiografías o de Panorex de la boca completa cubierta cada 3 años a partir de la última fecha de servicio	\$0
Cobertura máxima Asignación de un beneficio con un máximo de \$5,000 cada año	La cobertura dental integral cuenta con una asignación de beneficio con un máximo. Si su atención dental cuesta más que el máximo, usted tendrá que pagar la diferencia. Y nuestro plan no le reembolsará la cantidad adicional.



Servicios para la vista

Nuestro proveedor preferido de **beneficios para la vista** es **Nationwide Vision**. Para encontrar a un proveedor, use el número de teléfono que aparece en la tabla de referencia rápida de contactos. Si recibe servicios de beneficios para la vista de un proveedor que no esté bajo contrato con Nationwide Vision, usted tendrá que pedirle al plan que le reembolse.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen de diagnóstico de la vista (incluye exámenes de los ojos para diabéticos) – cubierto por Medicare	\$0
Exámenes de detección de glaucoma – cubierto por Medicare	\$0
Anteojos – cubiertos por Medicare (cobertura después de la cirugía de cataratas)	\$0
Examen de los ojos de rutina (refracción) – 1 examen cada año	\$0
Lentes de contacto/anteojos de rutina (lentes y armazones) Hasta una asignación combinada de \$300 cada año	Si obtiene anteojos que cuesten más que su asignación, usted tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará la cantidad adicional.



Servicios para la salud mental

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Estancia en un hospital psiquiátrico como paciente interno 190 días de por vida La cobertura se basa en los períodos de beneficios	\$0
Terapia individual y en grupo (paciente externo)	\$0
Terapia psiquiátrica individual (paciente externo)	\$0



Instalaciones de enfermería y terapia

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) – días 1-100 La cobertura se basa en los períodos de beneficios	\$0
Terapia física y del habla	\$0
Terapia ocupacional	\$0



Ambulancia y transporte de rutina

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Ambulancia (terrestre o aérea, viaje de ida) Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como autorización previa o precertificación.	\$0
Transporte rutinario que no sea de emergencia 42 viajes sencillos ó 21 viajes redondos (ida y vuelta) cada año	\$0 Nuestro beneficio de transporte de rutina es provisto por proveedores contratados. Usted debe programar su viaje con Mercy Care Advantage por lo menos con 72 horas de anticipación.



Medicamentos de la Parte B de Medicare

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Medicamentos de quimioterapia	\$0
Otras drogas de la Parte B	\$0



Los costos de la Parte D dependen de su Ayuda Extra

Si usted está recibiendo “Ayuda Extra”, pagará las cantidades en la tabla a continuación por los medicamentos cubiertos y no pagará un deducible de la Parte D. La “Ayuda Extra” ayuda a pagar las primas, los deducibles, los coseguros y otros costos de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

Nuestra lista de medicamentos de la Parte D (llamada formulario) tiene 1 nivel y cubre un suministro para 31 días y para 90 días de medicamentos cubiertos recibidos en las farmacias al menudeo participantes. Esto incluye medicamentos de infusión en el hogar obtenidos a través de su beneficio de la Parte D; los medicamentos especializados tienen un límite de suministro para 30 días.

Nosotros cubrimos un suministro para 31 días de medicamentos cubiertos recibidos en una farmacia de cuidado a largo plazo. Si usted reside en una instalación de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia al menudeo. Nosotros cubrimos un suministro para 90 días de medicamentos cubiertos a través del programa de pedidos por correo de CVS®. Usted puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red en ciertas situaciones.

Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación de autorización previa antes de que los cubramos. A veces necesitamos que usted pruebe ciertos medicamentos primero para tratar su condición médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa condición; a esto se le llama terapia a pasos.

Usted puede revisar nuestra lista de medicamentos en: www.MercyCareAZ.org/members/advantage-formembers/prescription.

Costos de desembolso en prescripciones de la Parte D

Deducible de la Parte D: \$0. Nuestro plan tiene un deducible de la Parte D. Este deducible está cubierto si usted tiene elegibilidad completa a Medicaid.

Etapas de la Cobertura Inicial: Esta etapa comienza cuando usted surte su primera prescripción del año de calendario. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo (vea la tabla a continuación).

Etapas de la Brecha en la Cobertura: No hay una etapa de la brecha en la cobertura para este plan.

Etapas de Cobertura Catastrófica: \$7,400 anuales

Si sus costos de desembolso en medicamentos llegan a esta cantidad, usted ya no pagará cosa alguna por los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Sus costos (Cobertura Inicial)	Suministro para 31 días y 90 días
Genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.45, or \$4.15
El resto de los medicamentos	\$0, \$4.30, or \$10.35

Si pierde su Medicaid y/o Ayuda Extra durante el año, usted será responsable del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios al Miembro para más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina – Usted no pagará más que los copagos de medicamentos de la Parte D listados en este documento por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, porque usted cualifica para la “Ayuda Extra”.

Otros beneficios cubiertos



Beneficio de productos sin prescripción “OTC”

Incluye artículos de nuestro catálogo de artículos sin prescripción (de venta libre) OTC (por sus siglas en inglés), tales como analgésicos, remedios para el resfriado y vitaminas. Disponible para pedidos por teléfono, en línea o en las tiendas CVS® participantes.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Productos OTC – asignación de \$100 cada mes	\$0



Línea de Enfermería y Telesalud las 24 Horas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Línea de Enfermería las 24 Horas Hable con una enfermera registrada en cualquier momento, de día o de noche	\$0
Telesalud Usted puede consultar con un doctor certificado por la junta con respecto a condiciones que no sean de emergencia usando un teléfono inteligente, una tableta, o una computadora. Las citas se pueden programar 24 horas al día, 7 días de la semana.	\$0



Abuso de Sustancias

Es posible que su médico necesite nuestra aprobación antes de cubrir estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Terapia individual para el abuso de sustancias (paciente externo)	\$0



Equipos/suministros médicos

Su doctor frecuentemente necesitará nuestra aprobación antes de que nosotros cubramos estos servicios. A esto se le conoce como **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés), tal como máquinas CPAP*, sillas de ruedas, oxígeno y zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos	\$0
Prótesis, como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales	\$0

*CPAP significa “presión positiva continua en las vías respiratorias”



Suministros para diabéticos, entrenamiento y diálisis

Nosotros cubrimos monitores de glucosa en la sangre y tiritas reactivas para diabéticos marca **OneTouch®**. No cubrimos otras marcas a menos que usted obtenga primero nuestra aprobación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para diabéticos	\$0
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$0
Diálisis	\$0



Cuidado de la salud en el hogar y comidas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Cuidado de la salud en el hogar	\$0
Comidas – 28 comidas inmediatamente después de una cirugía o estancia en el hospital como paciente interno	\$0

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare	\$0
Cuidado rutinario de los pies – 1 visita cada tres meses	\$0

Cuidado de la espalda

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención quiropráctica – cubierta por Medicare	\$0
Visita quiropráctica de rutina – 12 visitas por año de calendario	\$0

Programas de Bienestar

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Los servicios del programa de bienestar incluyen: • Educación sobre la diabetes • Clases de ejercicios • Educación nutricional • Dejar de fumar	\$0 Nosotros nos asociamos con la organización Foundation for Senior Living para ofrecer nuestros programas de bienestar

Servicios Cubiertos por Medicaid

Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona

Planes para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Elegibilidad Dual

Beneficios en 2023

Para que usted pueda entender mejor sus opciones para el cuidado de la salud, la tabla a continuación detalla sus cargos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (Medicaid) como un individuo que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad del costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad a Medicaid.

- Beneficiario/a Cualificado/a de Medicare (QMB) – \$0. Las cantidades de sus costos compartidos de Medicare serán pagados por su Plan de Salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario a continuación.
- No Es Beneficiario/a QMB con las Partes A y B de Medicare – Las cantidades de sus costos compartidos de Medicare serán pagados por su Plan de Salud de Medicaid sólo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a que No Es QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:
-----------	--	--

PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO⁽¹⁾

Estancia en el hospital como paciente interno	\$0	\$0
Estancia para el cuidado de la salud del comportamiento como paciente interno	\$0	\$0
Servicios en una instalación de enfermería	\$0	\$0
Visita para el cuidado de la salud en el hogar	\$0	\$0
Visita al médico de cuidado primario (PCP por sus siglas en inglés)	\$0	\$0 por visitas de bienestar, y \$0 a \$4 por otras visitas dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.

Beneficio	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a que No Es QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:
-----------	--	--

PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO⁽¹⁾

Visita al médico especialista	\$0	\$0 por visitas de bienestar, y \$0 a \$4 por otras visitas dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
Servicios cubiertos por Medicare, incluyendo visita de atención quiropráctica, manejo de casos crónicos/ complejos, etc.	\$0	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.
Visita a los servicios de podiatría	\$0	\$0
Visita para el cuidado de la salud del comportamiento como paciente externo	\$0	\$0
Visita de atención para el abuso de sustancias como paciente externo	\$0	\$0
Visita a un centro quirúrgico ambulatorio o a una instalación de hospital como paciente externo	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
Servicios de ambulancia	\$0	\$0
Servicios de emergencia	\$0	\$0
Visita de cuidado urgentemente necesario	\$0	\$0 a \$4 dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.

Beneficio	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a que No Es QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:
-----------	--	--

PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO⁽¹⁾

Visita para terapia ocupacional/física/del habla como paciente externo	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
Equipo médico duradero	\$0	\$0
Dispositivos protésicos	\$0	\$0. <i>Extremidad inferior extremidad o articulación controlada por microprocesador no está cubierta para personas de 21 años de edad y mayores.</i>
Entrenamiento y suministros de autocontrol de la diabetes (cuando se proveen como parte de una visita al PCP)	\$0	\$0
Pruebas de diagnóstico, rayos x, y servicios de laboratorio (incluyendo los servicios de diagnóstico y pruebas del COVID-19)	\$0	\$0
Pruebas de detección colorrectal	\$0	\$0
Vacunas contra la gripe/ influenza y la neumonía	\$0	\$0
Mamografía de detección	\$0	\$0
Prueba de Papanicolaou y examen pélvico	\$0	\$0
Detección del cáncer de la próstata	\$0	\$0

Beneficio	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a que No Es QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:
-----------	--	--

PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO⁽¹⁾

Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en la etapa terminal	\$0	\$0
Medicamentos de prescripción/receta ⁽³⁾	\$0	\$0 a \$2.30 dependiendo de la elegibilidad ⁽²⁾ para personas de 21 años de edad y mayores. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
Exámenes auditivos, pruebas de audición de rutina, y evaluaciones de ajuste para un aparato auditivo	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.</i>	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.</i>
Aparatos auditivos	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.</i>	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.</i>
Examen de los ojos de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazones	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores a menos que siga a una cirugía de cataratas.</i>	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad y mayores.</i>
Servicios dentales de emergencia para adultos	\$0 para personas de 21 años de edad y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>	\$0 para personas de 21 años de edad y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	\$0	\$0

Beneficio	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:	Como un Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona “AHCCCS” – Beneficiario/a que No Es QMB con Elegibilidad Dual – Usted Paga:
-----------	--	--

PROGRAMAS DE MEDICAID SÓLO PARA EL CUIDADO A LARGO PLAZO⁽¹⁾

Servicios en instalaciones de enfermería	Los costos compartidos son determinados por AHCCCS	Los costos compartidos son determinados por AHCCCS
Servicios de desahogo	\$0. <i>Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>	\$0. <i>Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>
Servicios basados en el hogar y la comunidad	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS
Servicios dentales preventivos para adultos ⁽⁴⁾	\$0 para personas de 21 años de edad y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>	\$0 para personas de 21 años de edad y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1º de octubre de cada año.</i>

⁽¹⁾Los Programas Agudos de Medicaid incluyen a AHCCCS Complete Care (ACC), ACC Regional Behavioral Health Agreements (ACC-RBHAs), y Mercy Care Department of Child Safety Comprehensive Health Plan (Mercy Care DCS CHP). Los Programas de Cuidado a Largo Plazo de Medicaid incluyen a Elderly and Physically Disabled (E-PD) y Division of Developmental Disabilities (DDD).

⁽²⁾Vea en el sitio web de AHCCCS información adicional relacionada con el costo compartido, el copago y los beneficios del beneficiario.

⁽³⁾Las cantidades del copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del/la beneficiario/a. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estas cantidades, salvo por los medicamentos para la salud del comportamiento para aquellos beneficiarios que se determine que tienen una Enfermedad Mental Seria (SMI por sus siglas en inglés), usando los fondos permitidos que no son del Título XIX.

⁽⁴⁾Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.

Referencia rápida de contactos

Nombre del contacto	Número de teléfono (TTY 711)	Sitio web
Mercy Care Advantage: antes de que usted se inscriba	1-866-571-5781 ó 602-414-7630	www.MercyCareAZ.org/ become/join-advantage
Mercy Care Advantage: después de que usted se inscriba	Servicios al Miembro 1-877-436-5288 ó 602-586-1730	www.MercyCareAZ.org/ members/advantage- formembers
Encuentre a un doctor, hospital, farmacia o dentista de la red	Servicios al Miembro 1-877-436-5288 ó 602-586-1730	www.MercyCareAZ.org/ find-a-provider
Línea de Enfermería las 24 Horas	1-877-436-5288	Llame a Servicios al Miembro y seleccione la opción para hablar con una enfermera
Servicios de Transporte	Servicios al Miembro 1-877-436-5288 ó 602-586-1730	www.MercyCareAZ.org/ members/advantage- formembers/additional-benefits
Beneficio de productos sin prescripción "OTC"	1-833-331-1572	www.cvs.com/otchs/ mercycaremca
Programas de Bienestar de la Organización Foundation for Senior Living	Condado Maricopa 602-285-0505, x321 ó x177 El resto de los condados de Arizona 1-866-375-9779, x321 ó x177	www.fsl.org

Mercy Care Advantage es una organización HMO SNP bajo contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de Cobertura para una descripción completa de los beneficios, los costos compartidos, las exclusiones, las limitaciones, y las condiciones de la cobertura del plan. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para el cuidado de la salud participantes son contratistas independientes y no son ni agentes ni empleados de Mercy Care Advantage. Los proveedores fuera de la red/no contratados no están bajo obligación alguna de tratar a los miembros de Mercy Care Advantage, salvo en situaciones de emergencia.

Lista de Verificación Previa a la Inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene usted alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **602-414-7630** ó al **1-866-571-5781** (TTY **711**), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana.

Entendiendo los Beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés), especialmente aquellos servicios para los cuales usted ve rutinariamente a un doctor. Visite **www.MercyCareAZ.org** para ver una copia de la evidencia EOC ó llame al **602-586-1730** ó al **1-877-436-5288** (TTY al **711**), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana para pedir que se le envíe una copia por correo postal.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su doctor) para asegurarse de que los doctores que usted esté viendo ahora estén en la red. Si no están en la lista, eso significa que es probable que usted tenga que seleccionar a un nuevo doctor.
- ☐ Revise la lista de farmacias del plan incluidas en nuestro directorio combinado de proveedores y farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para cualquier medicamento de prescripción esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que seleccionar a una nueva farmacia para sus prescripciones.

Entendiendo las Reglas Importantes

- ☐ Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes. Sin embargo, si usted es una persona totalmente con elegibilidad dual, su prima mensual de la Parte B es pagada por el estado.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1º de enero de 2024.
- ☐ Salvo en situaciones de emergencia o urgentes, nosotros no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (doctores que no estén listados en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan para necesidades especiales con elegibilidad dual (D-SNP por sus siglas en inglés). Su capacidad de inscripción se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Mercy Care Advantage es una organización HMO SNP bajo contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-624-3879. Someone who speaks English/language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-624-3879. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-624-3879。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-624-3879。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-624-3879. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-624-3879. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-624-3879 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-624-3879. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-624-3879 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-624-3879. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-624-3879. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-624-3879 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-624-3879. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-624-3879. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-624-3879. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-624-3879. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-624-3879 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

