Mercy Care Advantage
(HMO SNP)

Resumen de Beneficios de 2026

mercy care | mercy care advantage HMO SNP

mercycareaz.org

2026
Resumen de beneficios
Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026
H5580-001, 004, 005

Mercy Care Advantage es un plan HMO SNP con un contrato con Medicare y el programa Medicaid de Arizona.
La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

H5580_26_004_SP_M

Aspectos destacados de los beneficios médicos

Servicios cubiertos	Su costo en nuestro plan
Prima mensual del plan	$0
Límites de deducible/gastos de bolsillo	$0
Cobertura hospitalaria para pacientes internados/externos	$0
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0
Consultas con el médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	$0
Atención preventiva	$0
Atención de emergencia/servicios de urgencia	$0
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes	$0
Servicios auditivos/servicios dentales/servicios de la vista	$0
Servicios de salud mental	$0

Una buena salud es un trabajo en equipo

Con nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad o D-SNP de Medicare Advantage tendrá un equipo de atención personal de su lado, listo para ayudarle a alcanzar la mejor salud posible y facilitarle la vida.

- Cuando se le asigna a un **enfermero administrador de casos**, este es el único punto de contacto para ayudar a coordinar su atención.
- Su **administrador de atención** le ayudará a programar citas médicas, organizar traslados y trabajará con usted para satisfacer sus necesidades personales.
- Un equipo del Departamento de Servicios para Miembros dedicado está disponible para responder preguntas sobre los beneficios de su plan.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe hacer lo siguiente:

- Debe vivir en el área de servicio de Mercy Care Advantage, que incluye 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 en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) para los beneficios de Medicaid del estado.

¿Qué es la doble elegibilidad?

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado brinda cobertura de atención médica adicional y apoyo financiero según el nivel de ayuda de su Programa de ahorros de Medicare (MSP) (consulte el cuadro a continuación). La cobertura de Medicaid varía y lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las 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.

Los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) son planes Medicare Advantage especializados que brindan beneficios de atención médica y medicamentos con receta para personas que tienen cobertura de Medicare y Medicaid. Estas personas deben cumplir con ciertas calificaciones para elegibilidad del plan para inscribirse en un plan D-SNP.

Programa de ahorros de Medicare	Lo que cubre
Beneficiario calificado de Medicare (QMB Plus)	Una persona que es un Miembro con Doble Elegibilidad y Beneficios Completos con derecho a Medicare, cumple con el estándar federal de ingresos igual o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y es elegible para recibir todos los beneficios de AHCCCS. Para un Miembro con Doble Elegibilidad y Beneficios Completos QMB Plus, AHCCCS pagará la prima correspondiente de la Parte A de Medicare, la prima correspondiente de la Parte B de Medicare, los montos de coaseguro de Medicare y los deducibles de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare.
Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE)	Un miembro inscrito con un contratista de AHCCCS para recibir todos los servicios de Medicaid (beneficios de AHCCCS) y que también recibe servicios de las Partes A y B de Medicare. Estas personas se consideran miembros con doble elegibilidad para beneficios completos e incluyen a los beneficiarios calificados de Medicare Plus (QMB Plus) y a otros con doble elegibilidad para beneficios completos (Otros grupos de Libertad para Trabajar de FBDE-AHCCCS). Un miembro con doble elegibilidad para beneficios completos no incluye a las personas inscritas en AHCCCS en las siguientes categorías de población solo a través del Programa de Ahorros de Medicare (y que reciben asistencia para compartir los costos de Medicare solo de AHCCCS): solo beneficiario calificado de Medicare (solo QMB), solo beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (solo SLMB) o individuo calificado-1 (QI-1).
Otro miembro elegible doble con beneficio completo	Una persona con derecho a Medicare no cumple con los criterios de ingresos categóricos de QMB Plus ni de SMB Plus, pero se determina que es elegible para recibir todos los beneficios de AHCCCS (miembro con Libertad para Trabajar). Para un miembro con doble elegibilidad y otros beneficios completos, AHCCCS no cubre el pago de las primas de la Parte A ni de la Parte B de Medicare.

Programa de ahorros de Medicare	Lo que cubre
¿Qué es la "Ayuda adicional"?	"Ayuda adicional" es un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D). Algunas personas califican para recibir Ayuda adicional automáticamente, y otras deben solicitarla. La Ayuda adicional se proporciona automáticamente si recibe lo siguiente: • Cobertura completa de Medicaid • Ayuda del estado para pagar sus primas de la Parte B (de un Programa de ahorros de Medicare) • Beneficios del ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI)
Plan de pago de recetas de Medicare (MP3)	El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago en la ley de medicamentos con receta que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D de Medicare, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). A partir de 2025, cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Todos los planes ofrecen esta opción de pago y la participación es voluntaria.

Información que se debe saber

Nuestro plan Medicare Advantage D-SNP es para personas con Medicare que también son elegibles para Medicaid. Reemplaza su cobertura de Original Medicare. Seguirá teniendo Medicare, pero recibirá cobertura a través de nosotros en lugar del gobierno federal. Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y, además, ofrecemos otros beneficios y servicios adicionales.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Medicare y AHCCCS de Medicaid. Al tener elegibilidad para AHCCCS, pagará menos por algunos de los servicios de atención médica de Medicare. El AHCCCS también le brinda otros beneficios, como la cobertura de servicios de atención médica que por lo general no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare.

Mercy Care Advantage brinda acceso a una sólida red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Su proveedor de atención primaria (PCP) trabajará con usted y le ayudará a coordinar su atención. Cuando se inscriba, le preguntaremos quién es su PCP. Si no elige uno, se lo asignaremos. Llámenos para cambiar su PCP en cualquier momento.

Si recibe atención médica de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Se aplican excepciones para atención de emergencia, atención de urgencia cuando está fuera de nuestra red de servicios, servicios de diálisis fuera del área y cuando nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Nuestro plan incluye cobertura para medicamentos con receta y utiliza una lista de medicamentos, también conocida como formulario. La lista de medicamentos está diseñada para personas con Medicare e incluye una selección completa de medicamentos genéricos y de marca. Brindamos acceso a una amplia red de farmacias. En general, debe utilizar farmacias de la red para obtener las recetas.

Consulte la Evidencia de cobertura de Mercy Care Advantage para obtener información completa sobre la cobertura del plan. Si desea recibir una copia por correo de la Evidencia de cobertura de Mercy Care Advantage para 2026, del Directorio de proveedores o directorio de farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-436-5288** (TTY **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. También puede ver estos materiales en el sitio web de nuestro plan a partir del 15 de octubre de 2025, en **mercycareaz.org**.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.). Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita información del plan en otro formato.

Si desea obtener más información sobre Original Medicare, consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y usted) de 2026. Consúltelo en línea en **www.medicare.gov**. O bien, solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (TTY **1-877-486-2048**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Beneficios médicos y hospitalarios

Las primas, el deducible, los copagos y el coseguro pueden variar según su categoría de elegibilidad para Medicaid o el nivel de Ayuda adicional que reciba. **Lo que paga depende del nivel de elegibilidad para Medicaid que tenga. Quienes reciban todos los beneficios de Medicaid pagarán $0. Si no es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid, es posible que deba pagar algunos montos de costo compartido de Medicare.** Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener información completa sobre la cobertura y los costos compartidos.
Para conocer los servicios cubiertos por el AHCCCS, consulte la sección Cobertura de Medicaid de este folleto.

Prima del plan, deducible y monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)

Costos de desembolso	
Prima mensual	$0 Usted deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no se paga en virtud de su elegibilidad para Medicaid.
Deducible del plan	$0 Nuestro plan tiene deducibles para algunos servicios médicos dentro de la red. Estos deducibles están cubiertos si usted tiene plena elegibilidad para Medicaid.
Copagos y coseguro	$0 Nuestro plan tiene copagos y coseguro para algunos servicios médicos y hospitalarios. Estos están cubiertos si usted tiene plena elegibilidad para Medicaid.
Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)	$9,250 por año Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de bolsillo.

Cobertura hospitalaria

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios.
Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Pacientes internados: Días 1 a 90 Cobertura basada en períodos de beneficios	$0
Pacientes externos (servicios hospitalarios de observación)	$0
Atención hospitalaria para pacientes externos	$0
Centro quirúrgico ambulatorio	$0

Consultas médicas

Debe elegir un médico de nuestra red del plan como su médico de **atención primaria** (**PCP**).
Es posible que se requiera una remisión de su PCP para recibir servicios de especialistas.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Consulta con el PCP	$0
Consulta con un especialista	$0

Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

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

Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada (CAT), imágenes tridimensionales)	$0
Servicios de laboratorio Pruebas de COVID-19 y servicios específicos relacionados con las pruebas en cualquier lugar	$0 $0
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	$0
Radiografías para pacientes externos	$0

Servicios auditivos

El **beneficio auditivo** es proporcionado por proveedores y vendedores de audífonos en nuestra red.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico: Cubierto por Medicare	$0
Examen auditivo de rutina: 1 examen por año	$0
Audífonos: Cobertura máxima Hasta $1,900 cada cuatro años para ambos oídos combinados	Su beneficio de audífonos tiene una asignación. Si elige un audífono que cuesta más que su asignación, tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará el monto adicional.

Servicios dentales

Para que cubramos sus **servicios dentales**, debe consultar a un dentista de la **red de dental**. Para encontrar un dentista, use el número de teléfono o el sitio web que figura en la tabla de referencia rápida de contactos. Cubrimos servicios dentales preventivos e integrales. Se aplican limitaciones y exclusiones de servicios; consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener 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 6 meses desde la última fecha de servicio) • Radiografías dentales (1 cada 12 meses desde la última fecha de servicio) • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada 6 meses desde la última fecha de servicio) • Examen bucal (hasta 1 cada 6 meses desde la última fecha de servicio)	$0
Servicios integrales • Los servicios incluyen cobertura para coronas, empastes, tratamientos de conducto y dentaduras postizas	$0
Cobertura máxima Asignación de un beneficio con un máximo de $5,000 cada año	La cobertura dental integral tiene una asignación de beneficio máximo. Si la atención dental que usted tiene cuesta más que el máximo, tendrá que pagar la diferencia. Y nuestro plan no le reembolsará el monto adicional.

Servicios de la vista

Nuestro proveedor preferido del **beneficio de la vista** es **Nationwide Vision**. Para encontrar un proveedor, use el número de teléfono que figura en la tabla de referencia rápida de contactos. Si recibe servicios de beneficios de la vista de un proveedor que no tiene contrato con Nationwide Vision, deberá solicitarle al plan que le reembolse.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para personas diabéticas): Cubierto por Medicare	$0
Exámenes de detección de glaucoma: Cubiertos por Medicare	$0
Anteojos: Cubiertos por Medicare (cobertura después de una cirugía de cataratas)	$0
Examen de la vista de rutina (refracción): 1 examen por año	$0
Lentes de contacto/anteojos de rutina (lentes y monturas) Hasta $300 de asignación combinada por año	Si compra anteojos que cuestan más que su asignación, tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará el monto adicional.

Servicios de salud mental

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios.
Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados 190 días de por vida Cobertura basada en períodos de beneficios	$0
Terapia grupal e individual (pacientes externos)	$0
Terapia psiquiátrica individual (para pacientes externos)	$0

Centros de atención de enfermería y tratamiento

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios.
Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Días 1 a 100 Cobertura basada en períodos de beneficios	$0
Fisioterapia y terapia del habla	$0
Terapia ocupacional	$0

Transporte en ambulancia y de rutina

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta) A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos una ambulancia aérea. Esto se denomina autorización previa o precertificación.	$0
Transporte de rutina que no sea de emergencia 12 viajes de ida o vuelta o 6 viajes de ida y vuelta cubiertos cada año calendario.	$0 Los proveedores contratados proporcionan nuestro beneficio de transporte de rutina. Debe programar su viaje con Mercy Care Advantage con al menos 72 horas de anticipación.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios.
Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Medicamentos quimioterapéuticos	$0
Otros medicamentos de la Parte B	$0

Los costos de la Parte D dependen de su Ayuda Extra

Si recibe "Ayuda adicional", pagará los montos que se indican en el cuadro que figura abajo por los medicamentos cubiertos y no pagará el deducible de la Parte D. La "Ayuda adicional" ayuda a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D).

Nuestra lista de medicamentos de la Parte D (llamada formulario) tiene 1 nivel y cubre un suministro para 31 y 100 días de medicamentos cubiertos recibidos en farmacias minoristas 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 de 30 días.

Cubrimos un suministro para 31 días de medicamentos cubiertos recibidos en una farmacia de atención a largo plazo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Cubrimos un suministro para 100 días de medicamentos cubiertos a través del programa de pedidos por correo de CVS®. En determinadas situaciones, puede obtener sus medicamentos de una farmacia fuera de la red por el mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

Algunos medicamentos requieren nuestra autorización previa antes de que los cubramos. En ocasiones, necesitamos que pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección; esto se denomina tratamiento escalonado.

Puede revisar nuestra lista de medicamentos en: **mercycareaz.org/members/advantage-formembers/ prescription**.

Costos de bolsillo de medicamentos con receta de la Parte D

Deducible de la Parte D: No hay deducible de la Parte D para este plan.

Etapa de cobertura inicial: Esta etapa comienza cuando obtiene su primer medicamento con receta del año calendario. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo (consulte la siguiente tabla).

Etapa del período sin cobertura: No existe una etapa de período sin cobertura para este plan.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: $2,100 por año
Si los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo alcanzan este monto, usted no pagará nada por medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Sus costos (Cobertura inicial)	Suministro para 31 y 100 días
Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos)	$0, $1.60 o $5.10
Todos los demás medicamentos	$0, $4.90 o $12.65

Si pierde la cobertura de Medicaid o la Ayuda adicional durante el año, usted será responsable del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Mensaje importante respecto de lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante respecto de lo que paga por insulina: Medicare ahora limita el copago de los productos de insulina a $35 por mes. No pagará más que los copagos de medicamentos de la Parte D que se detallan en este documento para un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan porque califica para recibir "Ayuda adicional".

Otros beneficios cubiertos

Beneficio de productos de venta libre (OTC)

Incluye productos de nuestro catálogo de OTC, como analgésicos, medicamentos para el resfrío y vitaminas. Disponible para pedidos por teléfono, en línea o en tiendas CVS® participantes.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
OTC: Asignación de $100 por mes	$0

Telesalud y línea de enfermería las 24 horas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Línea de enfermería las 24 horas Hable con un enfermero certificado en cualquier momento del día o de la noche.	$0
Telesalud Puede consultar con un médico certificado por la junta acerca de afecciones que no sean de emergencia mediante un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Las citas pueden programarse durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	$0

Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
TARJETA FLEXIBLE de $140 por mes para miembros que califican para los beneficios de SSBCI para artículos de salud y bienestar personal y productos alimenticios saludables cubiertos.	$0

Para ser elegible para los beneficios de SSBCI, los miembros deben padecer una o más de las siguientes afecciones crónicas: diabetes, demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular, VIH/SIDA u otras afecciones elegibles no incluidas aquí. Si califica para una de las afecciones crónicas, también debe ser considerado miembro con una enfermedad crónica, según lo definen las regulaciones de CMS y los criterios de cobertura de nuestro plan para SSBCI.

Abuso de sustancias

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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Terapia individual para el abuso de substancias (pacientes externos)	$0

Equipos/suministros médicos

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios.
Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Equipo médico duradero (DME), como máquinas CPAP*, sillas de ruedas, oxígeno y calzado o plantillas terapéuticas para diabéticos.	$0
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	$0

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

Suministros para diabéticos, entrenamiento y diálisis

Cubrimos los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas para diabéticos de **TRUE/Trividia**.
También cubrimos los monitores y sensores de glucosa continua de **Dexcom** y **Freestyle Libre**.
No cubrimos otras marcas a menos que obtenga nuestra aprobación previa.

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

Atención médica a domicilio y comidas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención médica a domicilio	$0
Comidas: 14 comidas inmediatamente después de una cirugía u hospitalización para pacientes internados	$0

Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	$0
Cuidado de rutina de los pies: 1 consulta cada tres meses	$0

Programas de bienestar

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Los servicios del programa de bienestar incluyen lo siguiente: • Educación sobre la diabetes • Clases de ejercicios • Educación nutricional • Sesiones para dejar de fumar	$0 Nos asociamos con Foundation for Senior Living para ofrecer nuestros programas de bienestar.

Servicios cubiertos por Medicaid

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)
(Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona)

Beneficios del plan de necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad para 2026

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 calificado de Medicare (QMB): $0. Su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare, a menos que se indique lo contrario más adelante.
- No es QMB con las Partes A y B de Medicare: Su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare solo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO[1]		
Hospitalización para pacientes internados	$0	$0
Hospitalización con atención de salud conductual para pacientes internados	$0	$0
Servicios en centros de atención de enfermería	$0	$0
Consulta de atención médica a domicilio	$0	$0
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	$0	$0 por consultas de bienestar y de $0 a $4 por otras consultas en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más[2]. $0 para personas de 20 años o menos.

Beneficio	Como QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO[1]		
Consulta con un médico especialista	$0	$0 por consultas de bienestar y de $0 a $4 por otras consultas en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, que incluyen consulta de atención de quiropráctica, administración de casos crónicos/complejos, etc.	$0	$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Consultas de quiropráctica	$0	$0 para personas de 20 años o menos; $0 a $2.30 para personas de 21 años o más en función de la elegibilidad[2], hasta 20 consultas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (se pueden autorizar consultas adicionales si son médicamente necesarias).
Consulta de servicios de podiatría	$0	$0
Consulta de atención de salud conductual para pacientes externos	$0	$0
Consulta de atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	$0	$0
Consulta en centros quirúrgicos ambulatorios o centros hospitalarios para pacientes externos	$0	De $0 a $3 en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Servicios de ambulancia	$0	$0

Beneficio	Como QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO[1]		
Servicios de emergencia	$0	$0
Consulta de atención de urgencia	$0	De $0 a $4 en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Consulta de terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional para pacientes externos	$0	De $0 a $3 en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Equipo médico duradero	$0	$0
Dispositivos protésicos	$0	$0. *Prótesis controlada por microprocesador para miembro inferior o articulación no cubierta para personas de 21 años o más.*
Suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta con el PCP)	$0	$0
Consulta del trabajador comunitario de salud (CHW)	$0	$0
Exámenes de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos servicios de diagnóstico y de pruebas para la COVID-19)	$0	$0
Prueba de detección de cáncer colorrectal	$0	$0
Vacunas antigripales y contra la neumonía	$0	$0

Beneficio	Como QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID PARA CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO[1]		
Mamografías	$0	$0
Prueba de Papanicolaou y examen pélvico	$0	$0
Prueba de detección de cáncer de próstata	$0	$0
Diálisis renal o tratamiento nutricional para pacientes con enfermedad renal terminal	$0	$0
Medicamentos con receta[3]	$0	De $0 a $2.30 en función de la elegibilidad[2] para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Exámenes auditivos, exámenes auditivos de rutina y evaluaciones para colocación de audífonos	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Audífonos	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Servicios dentales de emergencia para adultos	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	$0	$0

Beneficio	Como QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID SÓLO PARA EL CUIDADO A LARGO PLAZO[1]		
Servicios en centros de atención de enfermería	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.
Servicios de cuidados paliativos	$0. *Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0. *Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*
Servicios basados en el hogar y la comunidad	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos[4]	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*

[1]Los programas de cuidados agudos de Medicaid incluyen Cuidados Completos del AHCCCS (ACC), Autoridades Regionales de Salud Conductual de ACC (RBHA de ACC) y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (DCS CHP de Mercy Care). Los programas de Medicaid de cuidado a largo plazo incluyen Discapacidades Físicas y Edad Avanzada (E-PD) y División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

[2]Consulte el sitio web del AHCCCS para obtener información adicional relacionada con el costo compartido del beneficiario y los copagos y beneficios.

[3]Los montos de copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud del AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, salvo en el caso de medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios con una enfermedad mental grave (SMI) que utilicen fondos permitidos que no sean del Title 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 inscribirse	**1-866-571-5781** ó **602-414-7630**	**www.mercycareaz.org/become/join-advantage**
Mercy Care Advantage: Después de inscribirse	Departamento de Servicios para Miembros **1-877-436-5288** o **602-586-1730**	**mercycareaz.org/advantage/index.html**
Encontrar un médico, un hospital, una farmacia o un dentista de la red	Departamento de Servicios para Miembros **1-877-436-5288** o **602-586-1730**	**www.mercycareaz.org/find-a-provider**
Línea de enfermería las 24 horas	**1-877-436-5288**	Llame al Departamento de Servicios para Miembros y seleccione la opción para hablar con un profesional de enfermería.
Servicios de transporte	Departamento de Servicios para Miembros **1-877-436-5288** o **602-586-1730**	**mercycareaz.org/advantage/more-benefits.html**
Beneficio de venta libre (OTC)	**1-833-367-7957**	**cvs.com/benefits**
Programas de bienestar de Foundation for Senior Living	Condado de Maricopa **602-285-0505**, x321 o x177 Todos los demás condados de Arizona **1-866-375-9779**, x321 o x177	**www.fsl.org**

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

Servicios Cubiertos	Plan Original de Medicare	Nuestro Plan
Cubre los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare.	✓	✓
Si es miembro de Mercy Care, nuestro plan le ayudará a coordinar la cobertura de su plan de Medicare y Medicaid.	—	✓
Ofrece cobertura que supera la Parte A y la Parte B de Medicare.	—	✓
Cubre sus medicamentos con receta.	—	✓
Requiere que tenga un médico de atención primaria (PCP).	—	✓
Proporciona asistencia de administradores de casos y administradores de atención de enfermería.	—	✓
Ofrece beneficios dentales que incluyen exámenes, limpiezas y dentaduras postizas.	—	✓
Ofrece beneficios de la vista para exámenes de rutina, lentes de contacto y anteojos.	—	✓
Ofrece exámenes auditivos de rutina y audífonos.	—	✓
Ofrece una asignación mensual para productos de venta libre.	—	✓
Ofrece transporte de rutina para acceder a algunos beneficios.	—	✓

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

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene preguntas, puede comunicarse para hablar con un representante del servicio al cliente al **602-414-7630** o **1-866-571-5781** (TTY **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Comprender los beneficios

- ☐ Consulte la lista completa de beneficios, que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los que normalmente consulta a un médico. Visite **mercycareaz.org** para ver una copia de la EOC, o llame al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (TTY **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar que se le envíe una copia por correo.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- ☐ Consulte la lista de farmacias del plan incluidas en nuestro directorio combinado de proveedores y farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.

Comprender las normas importantes

- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual**. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la nueva cobertura. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza de Medigap porque pagará por una cobertura que no puede utilizar.
- ☐ Usted deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes. Sin embargo, si usted tiene doble elegibilidad total, el Estado paga su prima mensual de la Parte B.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad para inscribirse dependerá de la verificación de si tiene derecho a recibir asistencia médica y de Medicare de un plan estatal conforme a Medicaid.

Mercy Care Advantage es un plan HMO SNP con un contrato con Medicare y el programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Notice of Availiability

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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**。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 **1-877-436-5288**。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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-877-436-5288** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-877-436-5288**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-877-436-5288** 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288** 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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 **1-877-436-5288**. 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ございます。通訳をご用命になるには、**1-877-436-5288** 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。

Nondiscrimination Notice

Mercy Care d/b/a Mercy Care Advantage (HMO SNP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Mercy Care d/b/a Mercy Care Advantage (HMO SNP) does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, health status or need for health care services.

Mercy Care d/b/a Mercy Care Advantage (HMO SNP):

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats,other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card.

If you believe that Mercy Care d/b/a Mercy Care Advantage (HMO SNP) has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at:

Address: Attn: Civil Rights Coordinator
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040

Telephone: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Email: **medicaidcrcoordinator@mercycareaz.org**

You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

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 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.

Escriba Mercy Care Advantage (HMO SNP)
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040

Sitio Web **mercycareaz.org**