



Health Choice Generations (HMO D-SNP) 2020 RESUMEN DE BENEFICIOS ARIZONA

Sirviendo los condados de Apache, Coconino, Gila,
Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, y Yavapai.

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020

ACERCA DE HEALTH CHOICE GENERATIONS (HMO D-SNP)

CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS:

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: (800) 656-8991; TTY 711

Si no es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: (855) 243-3935; TTY 711

O visite nuestro sitio web:

www.HealthChoiceGenAZ.com

Health Choice Generations cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la red, es posible que el plan no pague por esos servicios. Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web www.HealthChoiceGenAZ.com o llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias y proveedores.

Este folleto le brinda un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos,

llámenos y solicite una “Evidencia de cobertura”. Puede acceder a nuestra EOC en nuestro sitio web www.HealthChoiceGenAZ.com.

¿QUIÉN PUEDE PARTICIPAR?

Para participar en Health Choice Generations, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el sistema Arizona Health Care Cost Containment System (AH-CCCS) y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

¿QUÉ CUBRIMOS?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y más. Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web www.HealthChoiceGenAZ.com o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Health Choice Generations cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Puede consultar el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario de nuestro plan en nuestro sitio web: www.HealthChoiceGenAZ.com o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias, o del formulario.

Nota: El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

TIENE OPCIONES SOBRE CÓMO RECIBIR SUS BENEFICIOS DE MEDICARE:

Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (tarifa por el servicio de Medicare). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.

Otra opción es obtener los beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como Health Choice Generations.

TIENE OPCIONES A SU DISPOSICIÓN. CONSEJOS PARA COMPARAR LOS PLANES DE MEDICARE.

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Health Choice Generations y lo que usted debe pagar.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes el folleto de su Resumen de beneficios o use la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en <http://www.medicare.gov>.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto actual "Medicare y usted". Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> o llame para obtener una copia al 800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Health Choice Generations HMO D-SNP es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Health Choice Generations HMO D-SNP depende de la renovación del contrato.

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (800) 656-8991; TTY 711 para obtener más información.

CUADRO DE RESUMEN DE BENEFICIOS DE HEALTH CHOICE GENERATIONS PARA 2020

El costo compartido de los beneficios cubiertos por Medicare en el siguiente cuadro se basa en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES MENSUALES

Prima mensual del plan de salud	\$0 a \$28.10 basado en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Deducible	\$0 o \$198 basado en su nivel de elegibilidad para Medicaid. \$0 u \$89 por año para medicamentos recetados de la Parte D. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en Health Choice Generations (su monto máximo de bolsillo) es \$6,700. Si eso ocurre y usted paga el monto máximo de bolsillo completo, pagaremos todos los servicios de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

Puede requerirse autorización previa Los copagos para beneficios hospitalarios y de centros especializados de enfermería (skilled nursing facility, SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la hospitalización por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar esos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado esos 60 días adicionales, su cobertura por hospitalización se limitará a 90 días.

Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:

Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios

Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios

Días 61 a 90: coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios

Día 91 en adelante: coseguro de \$704 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida)

Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos

Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

COBERTURA DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN HOSPITAL

Atención ambulatoria en hospital Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
Servicios de observación ambulatoria en hospital Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$0 o 20% del costo

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	Copago de \$0 o 20% del costo
Especialistas	Copago de \$0 o 20% del costo

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

ATENCIÓN PREVENTIVA

Detección y asesoría en relación con el consumo de alcohol	Copago de \$0
Visita de bienestar anual	
Mediciones de masa ósea (densidad ósea)	
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	
Detección del cáncer colorrectal	
Asesoría relacionada con la prevención del consumo de tabaco	
Detección de la depresión	
Detección de la diabetes	
Capacitación para el automanejo de la diabetes	
Detección de glaucoma	
Detección del virus de la hepatitis B	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B	
Prueba de detección del virus de la hepatitis C	
Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la gripe	
Examen físico preventivo inicial (Initial Preventive Physical Examination, IPPE)	
Terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular	
Terapia conductual intensiva para la obesidad	
Asesoría y detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja	
Terapia de nutrición médica	
Vacuna y administración de la vacuna neumocócica	
Detección del cáncer de próstata	
Detección del cáncer cervical con pruebas para detectar el virus del papiloma humano	
Detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoría conductual de alta intensidad para prevenir STI	
Servicios preventivos prolongados	
Mamografía de detección	
Papanicolaou de detección	
Exámenes pélvicos de detección (incluyen examen mamario clínico)	
Ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal	

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Atención de emergencia

Copago de \$0 o 20% del costo hasta \$90 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.

SERVICIOS DE URGENCIA NECESARIOS

Atención de urgencia

Copago de \$0 o 20% del costo hasta \$65 por los servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/ANÁLISIS DE LABORATORIO/ SERVICIOS DE LABORATORIO DE IMÁGENES

Pruebas de diagnóstico y procedimientos Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Servicios de laboratorio Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0

Radiología diagnóstica (p. ej., IRM, TC) Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Radiografías ambulatorias

Copago de \$0 o 20% del costo

Radiología terapéutica Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Exámenes diagnósticos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare. Solo están cubiertos cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.

Copago de \$0 o 20% del costo

Examen de audición de rutina (Beneficio complementario)

Copago de \$0
Un examen por año

Ajuste de audífono y audífono (Beneficio complementario)

Copago de \$0
Monto máximo de beneficio del plan de \$1500 por oreja cada 3 años por audífono y ajuste.

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

La Parte A de Medicare (Seguro hospitalario) pagará por ciertos servicios dentales que usted recibe cuando está en un hospital. La Parte A puede pagar por atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales de emergencia o complejos, incluso si la atención dental no está cubierta.

Copago de \$0 o 20% del costo

Servicios dentales preventivos e integrales (Beneficio complementario)

Copago de \$0

Servicios preventivos:

Dos exámenes bucales por año, uno cada seis meses.

Un tratamiento con flúor por año.

Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año, uno cada seis meses.

Dos radiografías por año, las cuales pueden consistir en:

Una radiografía interproximal o radiografía simple

O

Una serie intrabucal completa (fmx) también conocida como radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/ panorámica cada 36 meses.

El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva al consultorio. La radiografía debe tomarse durante una visita preventiva al consultorio.

Límite de cobertura del plan de \$3,000 por año calendario por todos los servicios dentales combinados.

Servicios integrales:

Incluyen servicios de diagnóstico que no son de rutina, servicios reconstructivos y endodoncia/periodoncia/extracciones.

Dentaduras postizas cubiertas una vez cada 5 años.

Ajustes hasta 4 por año.

Se requiere autorización previa para las dentaduras postizas.

SERVICIOS DE LA VISIÓN

Examen de la visión cubierto por Medicare para diagnosticar/ tratar las enfermedades oculares
(incluida la prueba de detección anual de glaucoma)

Copago de \$0 o 20% del costo

Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas

Examen ocular de rutina (Beneficio complementario)

Copago de \$0

Uno por año.

Anteojos (Beneficio complementario)

Copago de \$0

- Lentes de contacto
- 1 par de anteojos (monturas y lentes)

Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por anteojos

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hospitalización psiquiátrica
Puede requerirse autorización previa

Visita hospitalaria: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite en la atención hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general.

Los copagos para beneficios hospitalarios y de centros especializados de enfermería (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la hospitalización por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar esos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado esos 60 días adicionales, su cobertura por hospitalización se limitará a 90 días.

Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:

Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios

Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios

Días 61 a 90: coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios

Día 91 en adelante: coseguro de \$704 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida)

Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos

Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

**Visita de terapia individual/
grupal ambulatoria**

- Servicio de especialidad de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Abuso de sustancias

\$0 o 20% del costo

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

CENTRO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA

Puede requerirse autorización previa

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:

Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios.

Días 21 a 100: coseguro de \$176 por día de cada período de beneficios.

Día 101 en adelante: todos los costos.

Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

REHABILITACIÓN AMBULATORIA

Servicios de fisioterapia y terapia del habla

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)

Puede requerirse autorización previa

La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.

Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.

Copago de \$0 o 20% del costo

Servicios de terapia ocupacional

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

AMBULANCIA

Se requiere autorización previa para ambulancia no emergente solamente.

Copago de \$0 o 20% de coseguro por vía terrestre

Copago de \$0 o 20% de coseguro por vía aérea

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

TRANSPORTE

Los servicios cubiertos incluyen:

- Recojo hacia o desde ubicaciones aprobadas por el plan, limitado a los beneficios complementarios cubiertos, no cubierto por Medicaid.
- Servicio de puerta a puerta.
- Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud.
- Cada viaje de ida no debe exceder las 50 millas. Un viaje se considera una ida, un viaje de ida y vuelta se considera dos viajes.

Los servicios cubiertos no incluyen:

- Transporte en ambulancia.

Copago de \$0

24 viajes de ida cada año hacia o desde una ubicación aprobada

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Medicamentos de la Parte B:

Terapia escalonada

La terapia escalonada está cubierta para:

Medicamentos de la Parte B a
Medicamentos de la Parte B y
Medicamentos de la Parte D a
Medicamentos de la Parte B

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

MEDICAMENTOS DE LA PARTE D DE MEDICARE

Cubierto por Medicare solamente

Hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de conformidad con Health Choice Generations. El monto que usted paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentre en el momento en que surte o resurte una receta:

Etapa de cobertura inicial: En esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya. Su deducible anual es \$0 u \$89. Sus montos de costos compartidos para los medicamentos son:

	Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro por 1 mes o 3 meses)	Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro por 1 mes o 3 meses)	
Miembros institucionalizados	\$0	\$0	<p>Estos copagos corresponden solo a las farmacias dentro de la red.</p> <p>Los montos y las etapas indicados se basan en la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) también conocido como “ayuda adicional”; si pierde su elegibilidad para LIS, sus etapas y el monto que paga cambiarán conforme a los niveles de Medicare Original.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas o de pedido por correo dentro de la red.</p> <p>Es posible que obtenga un suministro por 3 meses de su receta (si corresponde a su medicamento).</p> <p>El surtido de medicamentos por menos de 30 días tendrá un copago prorrateado según la cantidad de días correspondientes al surtido.</p> <p>El 1/1/2021, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.</p>
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (Full Benefit Dual Eligible, FBDE) con un nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL) de hasta el 100%	\$1.30	\$3.90	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un FPL superior al 100%	\$3.60	\$8.95	
Miembros Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) / QMB+ / Beneficiarios de Medicare Especificados de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+) con un FPL en o inferior a 135	\$3.60	\$8.95	
< 150% FPL	15% de coseguro	15% de coseguro	
<p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha alcanza los \$6,350. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica.</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica: En esta etapa, Health Choice Generations pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2020.</p>			

BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS

SERVICIOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal Copago de \$0 o 20% del costo
- Servicios de diálisis
- Equipo y suministros para diálisis en el hogar

SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna vertebral se salen de su posición) Copago de \$0 o 20% del costo

Puede requerirse autorización previa

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Puede requerirse autorización previa Copago de \$0

SERVICIOS DE SANGRE AMBULATORIOS

Copago de \$0 o 20% del costo

SERVICIOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES (OPIOID TREATMENT PROGRAM SERVICES, OTPS)

- Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde Copago de \$0 o 20% del costo
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Prueba toxicológica

ATENCIÓN DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare Copago de \$0 o 20% del costo
Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño de los nervios causado por diabetes o si reúne las condiciones.

Atención de rutina de los pies Copago de \$0
(Beneficios complementarios) Puede requerirse autorización previa 12 visitas por año

EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Copago de \$0 o 20% del costo
(p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Puede requerirse autorización previa

Prótesis/suministros médicos Copago de \$0 o 20% del costo
Puede requerirse autorización previa

Suministros y servicios para diabéticos Copago de \$0 o 20% del costo
La autorización previa se aplica solo a las bombas de insulina y no a los suministros regulares (lancetas, tiras)

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES

Las compras trimestrales de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) se realizan a través del catálogo de OTC. Copago de \$0 para asignaciones de \$150 cada 3 meses
El envío es gratuito para las órdenes trimestrales.

BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES

Beneficio de comidas

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 por 10 comidas por ingreso al hospital, una vez por año calendario, inmediatamente después de una hospitalización aguda.

Membresía de acondicionamiento físico

El programa de ejercicios y envejecimiento saludable de Silver & Fit proporciona a los miembros los siguientes servicios:

- Los miembros reciben una membresía del centro de acondicionamiento físico.
- Los tipos de centros de acondicionamiento físico disponibles incluyen centros completos, centros mixtos básicos, YMCA, centros específicos de género y centros de ejercicio.
- Los asesores de acondicionamiento físico en los centros contratados de Silver & Fit se reunirán con los miembros de Silver & Fit para presentarles el centro de acondicionamiento físico y ayudarles a inscribirse en dicho centro.

Copago de \$0

Para obtener más información, visite www.silverandfit.com

BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES

Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas

Si se le diagnostica las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

- Enfermedad de las arterias coronarias con diabetes
- Cáncer activo
- Insuficiencia renal después de un trasplante

Su médico de atención primaria (PCP) puede solicitar estos servicios por usted

El administrador de atención puede evaluarle y ofrecerle estos servicios según sus necesidades.

Para mejorar los resultados de salud de los miembros con necesidades complejas de atención médica, Health Choice Generations ofrece un beneficio complementario especial para las personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Este beneficio se administrará a los afiliados elegibles que requieran coordinación de cuidados intensivos y cumplan con las tres condiciones siguientes:

1. tiene una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro la vida o limitan significativamente la salud o la función general del afiliado;
2. tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud;
3. y requiere coordinación de cuidados intensivos.

Copago de \$0

Los servicios incluyen:

Asistencia en la realización de actividades de la vida diaria

- Descanso para los cuidadores
- Compañía
- Ayuda para bañarse y ducharse
- Ayuda para vestirse y arreglarse
- Trabajo doméstico ligero (limpieza, lavandería, vajilla)
- Transporte para los recados
- Transporte para las citas médicas
- Preparación de las comidas
- Recordatorios de medicamentos

Además, ofrecemos llamadas semanales para verificar su bienestar. Sin costo alguno.

Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. Total de 8 horas por mes (turnos de 2 horas semanales o turnos de 4 horas bimensuales).

Línea de consejos de enfermería las 24 horas 1-855-458-0622
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Copago de \$0

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Puede ponerse en contacto con el programa de Medicaid de su estado a través de la oficina de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

A una persona que tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan de Medicaid estatal se la denomina beneficiario con “elegibilidad doble”. Como beneficiario con elegibilidad doble, sus servicios los paga primero Medicare y luego Medicaid. Su cobertura de Medicaid varía de acuerdo con sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir los beneficios completos de Medicaid o el pago de algunos de sus costos compartidos de Medicare o todos (primas, deducibles, coseguros o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no sea responsable de ningún costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare.

A CONTINUACIÓN, SE MUESTRA UNA LISTA DE CATEGORÍAS DE COBERTURA DE ELEGIBILIDAD DOBLE PARA LOS BENEFICIARIOS QUE PUEDEN INSCRIBIRSE EN EL PLAN DE HEALTH CHOICE GENERATIONS:

- **QMB-plus (o QMB+):** Medicaid paga los montos de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid después de su cobertura de Medicare. Esto significa que si Medicare no cubre algo, pero Medicaid sí, Medicaid lo pagará (siempre que su proveedor se encuentre dentro de la red).
- **SLMB-plus (o SLMB+):** Medicaid paga sus primas de la Parte B de Medicare y también proporciona los beneficios completos de Medicaid después de su beneficio de Medicare.
- **Doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare, así como los beneficios completos de Medicaid.

SI USTED ES BENEFICIARIO DE QMB O QMB-PLUS:

Tiene un costo compartido de \$0, excepto los copagos por medicamentos recetados de la Parte D, siempre que permanezca como miembro QMB o QMB+.

SI USTED ES BENEFICIARIO DE SLMB-PLUS O FBDE:

Es elegible para los beneficios completos de Medicaid y, en ocasiones, para el costo compartido limitado de Medicare. Como tal, su costo compartido es del 0% o el 20%*. Habitualmente, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Asimismo, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios suministrados por Health Choice Generations también presentan un costo compartido de \$0. En ocasiones poco frecuentes, pagará el 20%* cuando un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid (consulte el cuadro a continuación).

Nota: Los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios tienen un costo compartido de \$0.

CAMBIOS EN LA ELEGIBILIDAD:

Es importante leer y responder toda la correspondencia proveniente de la oficina de Medicaid estatal y del Seguro Social, y mantener su condición de elegibilidad de Medicaid.

Periódicamente, según lo requerido por CMS, controlaremos la condición de su elegibilidad de Medicaid así como su categoría de elegibilidad doble. Si la condición de su elegibilidad cambia, su costo compartido también puede cambiar del 0% al 20% o del 20% al 0%. Si pierde su cobertura de Medicaid por completo, se le dará un período de gracia para que pueda volver a solicitar cobertura de Medicaid y que se lo reincorpore si aún reúne las condiciones.

Si ya no reúne las condiciones para recibir Medicaid, es posible que se cancele su inscripción del plan de forma involuntaria. La agencia de Medicaid de su estado le enviará una notificación sobre su pérdida de cobertura de Medicaid o el cambio en la categoría de Medicaid. También podemos contactarlo para recordarle que vuelva a presentar la solicitud de Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cuando cambie su dirección o su número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de Medicaid, consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos de Medicaid de su estado para obtener información detallada completa sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de Medicaid. En su estado, puede ponerse en contacto con el programa de Medicaid a través de la oficina de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

*Se aplica un deducible anual para los servicios de la Parte B, y un coseguro del 20% (según corresponda), además de los montos de costos compartidos variables para los servicios de la Parte A cuando el monto del costo compartido del miembro no es del 0%.

CÓMO LEER EL CUADRO DE BENEFICIOS DE MEDICAID

El cuadro a continuación muestra los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Podrá ver la palabra "Cubierto" en la columna Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por el plan Health Choice Generations. El cuadro se aplica solamente si usted tiene derecho a recibir los beneficios del programa de Medicaid de su estado. Su costo compartido varía según su categoría de Medicaid.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Información sobre primas y otra información importante Si recibe ayuda adicional de Medicare, la prima de su plan mensual será inferior o podría no pagar nada.	\$0 - \$28.10	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad de Medicaid.
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte Atención de emergencia y Atención de urgencia necesaria).	Dentro de la red: debe ir a los médicos, especialistas y hospitales de la red.	Debe ir a los médicos, especialistas y hospitales que aceptan la asignación de Medicaid. Derivación necesaria para los especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
Servicios ambulatorios (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Servicio de transporte en ambulancia por vía terrestre y aérea.	Servicios de transporte en ambulancia por vía terrestre y aérea, dentro de ciertas limitaciones, para la mayoría de los beneficiarios. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de quiropráctica	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios dentales	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Programas y suministros para la diabetes	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Cubierto	AHCCCS cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios; dispositivos ortopédicos y dispositivos protésicos. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de audición	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicio de salud a domicilio (Incluye atención especializada de enfermería intermitente médicamente necesaria, servicios de atención médica a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.)	Cubierto	Cubierto - Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención de salud mental ambulatoria	Cubierto	Cubierto – Servicios de salud del comportamiento
Servicios de rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Artículos de venta libre	Cubierto	No cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Prótesis (Incluye ortesis, prótesis ortopédica y prótesis ocular, etc.)	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de transporte	Cubierto	Viajes al médico cubiertos.
Servicios de urgencia necesarios	Cubierto	Cubierto
Servicios de la visión	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (Incluye servicios de rehabilitación y de abuso de sustancias)	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Centro especializado de enfermería (SNF) (En un centro especializado de enfermería autorizado por Medicare)	Cubierto	AHCCCS cubre los servicios médicamente necesarios en el centro de enfermería. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Enfermedad y afecciones renales	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios preventivos que incluyen vacunas contra la gripe y la neumonía, mamografía de detección, prueba de Papanicolaou y examen pélvico, detección de cáncer de próstata y detección de cáncer colorrectal.	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
CUIDADOS PALIATIVOS		
Cuidados paliativos	Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan. No paga nada por los cuidados paliativos de cualquier cuidado paliativo aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo.	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Para los miembros que tienen derecho a recibir la totalidad de los beneficios conforme a Medicaid, a continuación, se enumeran beneficios adicionales a los que pueden tener derecho. Los siguientes son beneficios adicionales de Medicaid cubiertos por el programa de Medicaid de su estado pero pueden no estar cubiertos por el plan **Health Choice Generations**:

BENEFICIOS ADICIONALES DE MEDICAID

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Servicios comunitarios y en el hogar	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para personas elegibles. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de intérprete para visitas médicas	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de atención a largo plazo	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para personas elegibles. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health Choice Generations (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Choice Generations does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Generations:

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 these services, contact:

Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711

If you believe that Health Choice Generations 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 by mail, fax, or email to:

Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/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/portal/lobby.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, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This information is available in other formats, such as Braille, large print, and audio.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health Choice Generations (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Choice Generations no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Generations:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711

Si considera que Health Choice Generations no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act



ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8AM – 8PM, 7 days a week.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711).

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 1-800-656-8991 (TTY: 711)。

Bilagáana bizaad doo bee yánífti' dago dóo saad náána la' bee yánífti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i' . Kojí' hodílnih 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 1-800-656-8991 (TTY: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً. اتصل على 1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό 1-800-656-8991 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711).



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS:

1-800-656-8991 | TTY 711

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

VISITE NUESTRO SITIO WEB EN:

www.HealthChoiceGenAZ.com