



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS



Steward Health Choice Generations HMO SNP **2019 RESUMEN DE BENEFICIOS** ARIZONA

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

ACERCA DE STEWARD HEALTH CHOICE GENERATIONS (HMO 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 usted es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: (800) 656-8991; TTY 711

Si usted no es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: (800) 656-8991; TTY 711

O visite nuestro sitio web:

www.StewardHCGenerations.org

Steward 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.StewardHCGenerations.org 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".

¿QUIÉN PUEDE PARTICIPAR?

Para inscribirse en Steward 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 (AHCCCS) y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

¿QUÉ CUBRIREMOS?

Como en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo cubierto por Original Medicare, y *más*. 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) así como cualquier restricción en nuestro sitio web www.StewardHCGenerations.org o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Steward 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.StewardHCGenerations.org o

puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias, o del formulario.

Nota: La red de farmacias, la red de proveedores y el formulario 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 Original Medicare (tarifa por el servicio de Medicare). Original Medicare 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 Steward 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 Steward 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 Original Medicare, 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.

Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid estatal. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación de los contratos.

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 STEWARD HEALTH CHOICE GENERATIONS PARA 2019

El costo compartido de los beneficios cubiertos por Medicare en el siguiente cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES MENSUALES

Prima mensual del plan de salud \$0

Deducible Este plan tiene deducibles para ciertos hospitales y servicios médicos.

\$0 o \$183 por año por servicios dentro de la red, de acuerdo con su nivel de elegibilidad de Medicaid. Este monto puede cambiar en 2019.

\$0 y \$85 por año para medicamentos recetados de la Parte D.

Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados) Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en Steward 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.

Usted paga:

- Deducible de \$1,340 por cada período de beneficios
- Días 1-60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios
- Días 61-90: coseguro de \$335 por día de cada período de beneficios
- Día 91 en adelante: coseguro de \$670 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

Estos montos pueden cambiar en 2019.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

COBERTURA DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN HOSPITAL

Atención ambulatoria en hospital
Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

Centro quirúrgico ambulatorio
Puede requerirse autorización previa

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	
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

Atención de urgencia

Copago de \$0 o 20 % del costo hasta \$65 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas 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., RM, 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)

Un examen por año

Ajuste de audífono y audífono (Beneficio complementario)

Monto máximo de beneficio del plan de \$1500 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, sin deducible

Servicios preventivos:

Dos exámenes bucales por año, uno cada 6 meses.

Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año, uno cada 6 meses.

Una radiografía dental por año, que incluye:

Una radiografía interproximal o radiografía simple O

Una serie intrabucal completa (fmx) también denominada 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. Las radiografías deben tomarse durante una visita preventiva al consultorio.

Límite de cobertura del plan de \$2,500 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.

NO CUBIERTO: odontología protésica (incluye reconstrucciones faciales y dentales; por ejemplo, procedimientos cosméticos, implantes dentales, puentes, dentaduras postizas y reconstrucciones temporomandibulares)

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)

Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas

Copago de \$0 o 20 % del costo

Examen ocular de rutina (Beneficio complementario)

Copago de \$0
Uno por año.

Anteojos (Beneficio complementario)

- Lentes de contacto
- Anteojos (marcos y lentes)

Copago de \$0
Nuestro plan paga hasta \$325 cada año para 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 para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados suministrados 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.

Usted paga:

- Deducible de \$1,340 por cada período de beneficios
- Días 1-60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios
- Días 61-90: coseguro de \$335 por día de cada período de beneficios
- Día 91 en adelante: coseguro de \$670 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

Estos montos pueden cambiar en 2019.

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

Visita de terapia individual/ grupal ambulatoria

(Servicios especializados de salud mental, servicios psiquiátricos y de 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.

Usted paga:

- Días 1–20: \$0 por cada período de beneficios.
- Días 21–100: coseguro 20% de \$167.50 por día de cada período de beneficios.
- Día 101 en adelante: todos los costos.

Estos montos pueden cambiar en 2019.

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

FISIOTERAPIA

Servicios de fisioterapia y terapia del habla

Puede requerirse autorización previa

\$0 o 20 % del costo

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

Puede requerirse autorización previa

\$0 o 20 % del costo

Servicios de terapia ocupacional

Puede requerirse autorización previa

\$0 o 20 % del costo

AMBULANCIA

Se requiere autorización previa para ambulancia no emergente solamente.

\$0 o 20 % del costo

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia

Puede requerirse autorización previa

\$0 o 20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B

Puede requerirse autorización previa

\$0 o 20 % del costo

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 Steward Health Choice Generations. El monto que usted paga por un medicamento depende de en cuál de las siguientes etapas se encuentre en el momento en que surte o repone una receta:

Etapas de cobertura inicial: durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya. Su deducible anual es \$0 o \$85. 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 Original Medicare.</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 de acuerdo con la cantidad de días correspondientes al surtido.</p> <p>El 1/1/2020, 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 %	\$1.25	\$3.80	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un FPL de hasta el 100 %	\$3.40	\$8.50	
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 de hasta el 135 %	\$3.40	\$8.50	
FPL <150 %	15% de coseguro	15% de coseguro	
Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha alcanza los \$5,100. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica.			
<p>Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa, Steward Health Choice Generations pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2019.</p>			

BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS

SERVICIOS DE DIÁLISIS

Copago de \$0 o 20 % del costo

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)

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0

SERVICIOS DE SANGRE AMBULATORIOS

Copago de \$0 o 20 % del costo

ATENCIÓN DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño de los nervios causado por diabetes o si reúne las condiciones.

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

EQUIPO/SUMINISTROS MÉDICOS

Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

Prótesis/suministros médicos

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

Suministros y servicios para diabéticos

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20 % del costo

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES

Las compras trimestrales de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) se realizan a través del catálogo de OTC.

El envío es gratuito para las órdenes trimestrales.

Copago de \$0 para asignaciones de \$100 cada 3 meses

Beneficio de comidas

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

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 INCLUYE UNA LISTA DE CATEGORÍAS DE COBERTURA DE ELEGIBILIDAD DOBLE PARA LOS BENEFICIARIOS QUE PUEDEN INSCRIBIRSE EN EL PLAN DE STEWARD 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, los individuos pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y 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 Steward 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 documen-

tos 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 Steward 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		
	STEWARD 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	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).	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.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	STEWARD HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
Servicios ambulatorios (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Cubierto	Cubierto
Servicios de quiropráctica	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, consulte 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
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Visitas en el consultorio del médico	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	STEWART HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Servicio de salud a domicilio (Incluye atención especializada de enfermería intermitente médicamente necesaria, servicios de atención de salud a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.).	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Cubierto	Cubierto
Servicios ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Centro ambulatorio de abuso de sustancias	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta libre	Cubierto	No cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto
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	No cubierto	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), será responsable del 100 % del costo.
Servicios de urgencia	Cubierto	Cubierto
Servicios de la visión	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

	STEWARD HEALTH CHOICE GENERATIONS	AHCCCS (PLAN DE MEDICAID ESTATAL)
ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (Incluye servicios de rehabilitación y de abuso de sustancias)	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Centro especializado de enfermería (SNF) (En un centro especializado de enfermería autorizado por Medicare)	Cubierto	Cubierto
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Enfermedad y afecciones renales	Cubierto	Cubierto
Servicios preventivos	Cubierto	Cubierto
CUIDADOS PALIATIVOS		
Cuidados paliativos	No cubierto	Cubierto
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto

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 **Steward Health Choice Generations**:

BENEFICIOS ADICIONALES DE MEDICAID

BENEFICIOS	COBERTURA DE MEDICAID
Servicios comunitarios y en el hogar	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para individuos elegibles.
Servicios de intérprete para visitas médicas	Cubierto, disponible solo en el consultorio médico.
Servicios de atención a largo plazo	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para individuos elegibles.



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS

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.StewardHCGenerations.org