

2019

RESUMEN DE BENEFICIOS

BANNER - UNIVERSITY CARE
ADVANTAGE (HMO SNP) H4931, 014

CONDADO DE PIMA



Banner
University Health Plans
Banner - University Care Advantage

H4931_SB014CY19_M

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP) H4931, 014

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y de salud cubiertos por Banner - University Care Advantage (HMO SNP) 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

La información de beneficio provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni incluye todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de Cobertura". También puede ver nuestra Evidencia de Cobertura en línea en: www.BannerUCA.com.

HORARIO DE ATENCIÓN

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

CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS

- Si es miembro de este plan, llame sin costo al (877) 874-3930; usuarios de TTY llamen al 711.
- Si no es miembro de este plan, llame sin costo al (877) 874-3938; usuarios de TTY llamen al 711.
- Nuestro sitio web: www.BannerUCA.com

¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en **Banner - University Care Advantage (HMO SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en

el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona o AHCCCS (Medicaid), y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Pima.

¿QUÉ DOCTORES, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Banner - University Care Advantage (HMO SNP) tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague estos servicios.

Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas para medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: www.BannerUCA.com.

O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y directorio de farmacias.

¿QUÉ ES LO QUE CUBRIMOS?

Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, pero cubrimos aún más.

- **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.**
- **Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Original Medicare.**

- Algunos de los beneficios adicionales están detallados en este manual.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, www.BannerUCA.com
- O, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

CONSEJOS PARA COMPARAR SUS OPCIONES DE MEDICARE

Este manual de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Banner -University Care Advantage (HMO SNP) y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes médicos de Medicare, pídales a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O, utilice el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual actualizado **“Medicare y Usted”**. Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Banner - University Care Advantage es un HMO SNP with a Medicare con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Banner - University Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Llame al 1-877-874-3930, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana, TTY 711, para obtener información adicional.

Banner - University Care Advantage (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Banner - University Care Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para información adicional, incluyendo el costo compartido que corresponde para servicios fuera de la red.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-874-3930 (TTY: 711).

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
Prima mensual del plan	<p>Usted no paga nada</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>En algunos casos, la prima mensual de la Parte B es pagada por el Estado. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Deducible	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios de hospital y médicos.</p> <p>\$0 o \$183 al año para servicios dentro de la red, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Esta cantidad puede cambiar para 2019. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.</p>	<p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
<p>Responsabilidad máxima de su bolsillo</p> <p>(no incluye medicamentos recetados)</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al mantener límites anuales en los costos de su bolsillo por el cuidado médico y de hospital.</p> <p>En este plan, puede que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, dependiendo de su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 por servicios que reciba de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite en los costos de su bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios de hospital y médicos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Consulte el manual “Medicare y Usted” para servicios cubiertos por Medicare. Para servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección titulada Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p>Tenga en cuenta que de todas maneras tendrá que pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>El monto máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos para servicios médicos por el año.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
<p>Cobertura de hospital de paciente interno</p>	<p>Los copagos de beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos del beneficio. Un periodo de beneficios comienza el día que es admitido al hospital como paciente interno y termina cuando no ha recibido cuidado de paciente interno (o de enfermería especializada en una SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible de hospital de paciente interno por cada periodo de beneficio.</p> <p>No hay límite al número de periodos de beneficio.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía de hospital como paciente interno. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días extras. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura de hospital como paciente interno se limitará a 90 días.</p> <p>En 2018, los montos para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,340 deducible por días 1 a 60 • \$335 copago al día por días 61 a 90 • \$670 copago al día por 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden cambiar para 2019. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.</p>	<p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.</p>
<p>Cobertura de hospital de paciente ambulatorio</p>	<p>0% o 20% del costo</p>	<p>Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
<p>Consultas con un doctor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialista 	<p>0% o 20% del costo</p> <p>0% o 20% del costo</p>	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico para consultas con un especialista.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
<p>Cuidado preventivo</p>	<p>Nuestro plan cubre los siguientes servicios preventivos sin costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen preventivo de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento del uso inapropiado del alcohol • Medida de masa ósea • Examen preventivo de cáncer de mama (mamografías) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Examen preventivo de enfermedad cardiovascular • Examen preventivo de cáncer cervical y vaginal • Examen preventivo de cáncer colorrectal • Examen preventivo de depresión • Examen preventivo de diabetes • Examen preventivo de VIH • Servicios de terapia médica de nutrición • Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) • Examen y terapia de obesidad y asesoramiento • Exámenes preventivos de cáncer de próstata • Examen de detección para infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento de eliminación del uso del tabaco • Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la Hepatitis B, vacunas contra Neumococo • Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) • Examen anual de revisión médica <p>Nuestro plan cubre además los siguientes servicios preventivos con un costo compartido de 0% o 20%, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario • Instrucción de autocontrol de diabetes • Examen rectal dactilar • EKG después de la Visita de Bienvenido • Examen de detección anual de glaucoma 	<p>Cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato será cubierto.</p>
<p>Cuidados de emergencia</p>	<p>0% o 20% del costo (hasta \$90)</p> <p>Si es admitido al hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de emergencia. Vea la sección “Cobertura de hospital de paciente interno” de este manual para otros costos.</p>	<p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
Servicios de urgencia	0% o 20% del costo (hasta \$65)	Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de diagnóstico/ laboratorios/ imágenes y escáner <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="126 548 396 695">• Servicios de radiología de diagnóstico (por ej., MRI) <li data-bbox="126 716 337 779">• Servicios de laboratorio <li data-bbox="126 800 431 905">• Pruebas y procedimientos de diagnóstico <li data-bbox="126 926 363 1031">• Radiografía para paciente ambulatorio 	0% o 20% del costo Usted no paga nada 0% o 20% del costo 0% o 20% del costo	Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="126 1104 415 1178">• Cuidado cubierto por Medicare <li data-bbox="126 1293 428 1367">• Cuidado de audición adicional 	Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar/tratar problemas de audición: 0% o 20% del costo. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Examen de audición de rutina (1 al año): GRATIS Audífonos, repuestos de mantenimiento y ajustes: GRATIS Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada 3 años por audífonos	Este plan cubre tanto el Cuidado de audición cubierto por Medicare como el Cuidado de audición adicional. Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado cubierto por Medicare Cuidado dental adicional 	<p>Cuidado dental limitado: 0% o 20% del costo</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <p>Exámenes orales (2 al año): GRATIS</p> <p>Limpiezas (2 al año): GRATIS</p> <p>Radiografías (1 al año): GRATIS</p> <p>Tratamiento con flúor (1 al año): GRATIS</p> <p>Servicios integrales: GRATIS</p> <p>Servicios cubiertos: servicios restaurativos, servicios para diagnosticar, endodoncia, periodoncia/ extracciones/prostodoncia, puentes, dentaduras, otras cirugías bucales/maxilofaciales y otros servicios.</p>	<p>Este plan cubre tanto el Cuidado dental cubierto por Medicare como el Cuidado dental adicional.</p> <p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 al año para Cuidado dental adicional.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado cubierto por Medicare Cuidado de la vista adicional 	<p>Examen cubierto por Medicare para la diagnosis y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen de detección anual de glaucoma): 0% o 20% del costo.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas: 0% o 20% del costo.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Examen de la vista de rutina (1 al año): GRATIS</p> <p>Anteojos (lentes y armazón): GRATIS</p> <p>Lentes de contacto y tarifa de ajuste: GRATIS</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$225 al año por anteojos no cubiertos por Medicare y/o lentes de contacto.</p>	<p>Este plan cubre tanto el cuidado de la vista cubierto por Medicare como el Cuidado de la vista adicional.</p> <p>Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de paciente interno 	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en la vida para cuidado de salud mental de paciente interno en un hospital psiquiátrico.</p> <p>El límite de cuidado de paciente interno en un hospital no se aplica para servicios de salud mental de paciente interno proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos de beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos del beneficio. Un periodo de beneficios comienza el día que es admitido al hospital como paciente interno y termina cuando no ha recibido cuidado de paciente interno (o de enfermería especializada en una SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si ingresa a un hospital después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible de hospital de paciente interno por cada periodo de beneficio. No hay límite del número de periodos de beneficio.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía de hospital como paciente interno.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días extras. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura de hospital como paciente interno se limitará a 90 días.</p> <p>En 2018, los montos para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$1,340 deducible por días 1 a 60 \$335 copago al día por días 61 a 90 \$670 copago al día por 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden cambiar para 2019. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.</p>	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Consulta de terapia grupal de paciente ambulatorio 	<p>0% o 20% del costo</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Consulta de terapia individual de paciente ambulatorio 	<p>0% o 20% del costo</p>	

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
Centro de enfermería especializada	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en una SNF.</p> <p>En 2018, los montos para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <p>Usted no paga nada por días 1 a 20</p> <p>\$167.50 copago al día por días 21 a 100</p> <p>Estos montos pueden cambiar para 2019. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.</p>	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="126 674 427 785">• Consulta de terapia ocupacional <li data-bbox="126 800 427 989">• Consulta de fisioterapia y terapia de lenguaje y del habla <li data-bbox="126 1003 427 1304">• Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón) (máximo 2 sesiones de 1 hora al día por hasta 36 sesiones hasta 36 semanas) 	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Ambulancia	0% o 20% del costo	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Transporte	No cubierto	

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
Medicamentos de la Parte B de Medicare	0% o 20% del costo por medicamentos de quimioterapia 0% o 20% del costo por otros medicamentos de la Parte B	Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red por el mismo costo que en una farmacia de la red. Sírvase llamarnos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Para obtener información adicional acerca del costo compartido específico adicional de farmacia y las etapas del beneficio, favor de llamarnos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

Sus costos compartidos son determinados por el nivel de “Ayuda adicional” que recibe. Si no califica para el Subsidio de bajos ingresos, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Parte D descrito en la Evidencia de Cobertura. Si califica para el Subsidio de bajos ingresos, entonces paga lo siguiente:

FARMACIA MINORISTA DE LA RED (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)

Deducible anual para recetas médicas	\$0 ó \$85
Medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.25 o \$3.40 copago o 15% del costo total
Todos los otros medicamentos	\$0, \$3.80 o \$8.50 copago o 15% del costo total

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
<p>Cuidado de los pies (servicios podiátricos)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado cubierto por Medicare Cuidado de rutina para los pies 	<p>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si tiene daño nervioso por causa de la diabetes y/o reúne ciertas condiciones: 0% o 20% del costo.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>GRATIS</p> <p>12 visitas rutinarias de cuidado de los pies no cubiertas por Medicare autorizadas al año calendario. Para estas visitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay coseguro No hay copago No hay deducible 	<p>Este plan cubre tanto el cuidado de los pies cubierto por Medicare como el Cuidado de rutina para los pies. Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.</p>
<p>Equipo médico/ Insumos</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas, oxígeno) Dispositivos ortésicos y protésicos (por ej., soportes, extremidades artificiales) Servicios y suministros para diabéticos 	<p>0% o 20% del costo</p> <p>0% o 20% del costo</p> <p>0% o 20% del costo</p>	<p>Se requiere autorización y/o remisión de su médico por algunos servicios.</p> <p>Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)	LO QUE DEBE SABER
Artículos sin receta médica	GRATIS Beneficio mensual de \$45. La cantidad de beneficio no se acumula de un mes al próximo.	Los artículos sin receta pueden ser compradas solo para la persona inscrita.
Cuidado quiropráctico <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado cubierto por Medicare • Cuidado quiropráctico de rutina 	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se descolocan): 0% o 20% del costo. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid. GRATIS 8 visitas rutinarias no cubiertas por Medicare autorizadas al año calendario. Para estas visitas: <ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro • No hay copago • No hay deducible 	Este plan cubre tanto el cuidado quiropráctico cubierto por Medicare como el Cuidado quiropráctico de rutina. Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico.
Servicios de abuso de intoxicantes de paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia grupal • Consulta de terapia individual 	0% o 20% del costo 0% o 20% del costo	Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de diálisis renal	0% o 20% del costo	Se podría requerir autorización y/o remisión de su médico. Sus costos compartidos son determinados por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

**SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE CUIDADO DE SALUD DE ARIZONA
PLANES DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE ADVANTAGE PARA MIEMBROS CON DOBLE ELEGIBILIDAD
BENEFICIOS PARA 2019**

Para que usted entienda mejor sus opciones de atención médica, la gráfica a continuación indica sus costos por determinados servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

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

- Beneficiario de Medicare Calificado (QMB, Qualified Medicare Beneficiary): \$0. Sus montos de costo compartido de Medicare serán pagadas por su Plan Médico de Medicaid a menos que se indique lo contrario en la siguiente gráfica.
- Persona que no es QMB, con la Parte A y B de Medicare: Sus montos de su costo compartido de Medicare serán pagadas por su Plan Médico de Medicaid solamente si el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS AGUDOS Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID (1)			
Estancia de hospital de pacientes internos	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Estancia de salud del comportamiento de paciente interno	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Servicios en un centro de enfermería especializada	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Visita de cuidado de salud en el hogar	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS AGUDOS Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID (1)			
Consulta con el médico de cuidado primario (PCP)	\$0	\$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores (2). \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta con un médico especialista	\$0	\$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores. \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Servicios cubiertos por Medicare, incluyendo Consulta de cuidado quiropráctico, Manejo de casos crónicos/ complejos, etc.	\$0	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta de servicios de podiatría	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta de cuidado de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta de cuidado por abuso de intoxicantes, paciente ambulatorio	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS AGUDOS Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID (1)			
Consulta en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	\$0	\$0 a \$3 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores. \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Servicios de ambulancia	\$0	\$0	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Servicios de emergencia	\$0	\$0	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta para cuidado de urgencia	\$0	\$0 a \$4 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores. \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Consulta de terapia ocupacional/ física/del habla de paciente ambulatorio	\$0	\$0 a \$3 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores. \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Equipo médico duradero	\$0	\$0	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Dispositivos protésicos	\$0	\$0. <i>Extremidad o articulación controlada con microprocesador de extremidad inferior no está cubierta para las personas de 21 años y mayores.</i>	Cubierto. Ve a la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS AGUDOS Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID (1)			
Instrucción de autocontrol de diabetes e insumos (al ser proporcionados como parte de una consulta con el PCP)	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Pruebas diagnósticas, radiografías y servicios de laboratorio	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Examen preventivo de cáncer colorrectal	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Mamografías de prevención	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Exámenes preventivos de cáncer de próstata	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Diálisis renal o terapia médica de nutrición para Enfermedad Renal de Etapa Final	\$0	\$0	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS AGUDOS Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID (1)			
Medicamentos recetados (3)	\$0	\$0 a \$2.30 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años y mayores. \$0 para las personas de 20 años y menores.	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina, y evaluaciones de ajuste para audífonos	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Audífonos	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazón	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores a menos que sea después de una cirugía de cataratas</i>	\$0 para las personas de 20 años y menores. <i>No cubierto para las personas de 21 años y mayores.</i>	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Servicios dentales de emergencia para adultos	\$0. Para las personas de 21 años y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.</i>	\$0. Para las personas de 21 años y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.</i>	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.
Transporte médicamente necesaria que no sea de emergencia	\$0	\$0	No cubierto.

BENEFICIO	Como persona QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	Como persona No QMB con Doble Elegibilidad – Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – Usted paga:	BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE (HMO SNP)
PROGRAMAS MEDICAID DE CUIDADO A LARGO PLAZO SOLAMENTE (1)			
Servicios de Centro de Enfermería	Costo compartido determinado por AHCCCS	Costo compartido determinado por AHCCCS	No cubierto.
Servicios de relevo	\$0. Sujeto a un límite de 600 horas por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.	\$0. Sujeto a un límite de 600 horas por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.	No cubierto.
Servicios basados en el hogar y en la comunidad	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS	No cubierto.
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	\$0. Para las personas de 21 años y mayores. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.	\$0. Para las personas de 21 años y mayores. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año.	Cubierto. Vea la sección anterior para la cantidad de costo compartido aplicable.

- (1) Entre los Programas de Cuidados Agudos de Medicaid se incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs) y Children’s Medical and Dental Plan (CMDP). Entre los Programas de Cuidado a Largo Plazo de Medicaid se incluyen Elderly and Physically Disabled (E-PD) y Division of Developmental Disabilities (DDD).
- (2) Consulte la página Web de AHCCCS para obtener información adicional relacionada a los costos compartidos, los copagos y los beneficios del beneficiario.
- (3) Los montos de copago de Medicare Parte D son la responsabilidad del beneficiario. Los planes médicos de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, excepto en caso de medicamentos de salud del comportamiento para aquellos beneficiarios que se determinan que padecen enfermedades mentales graves (Seriously Mentally Ill, o SMI por sus siglas en inglés) y utilizando fondos permisibles que no sean de Título XIX (Non-Title XIX).
- (4) Además de los Servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente en este documento.