



Banner
University Care Advantage

2021

Resumen de Beneficios

Maricopa | Pinal

Banner – University Care Advantage HMO SNP H4931 007



2021 Resumen de Beneficios

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y de salud cubiertos por Banner – University Care Advantage desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

La información de beneficio suministrada 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 solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede obtener nuestra Evidencia de Cobertura en línea en: www.BannerUCA.com.



Horario de Oficina

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



Cómo Contactarnos

- Si es miembro de este plan, llamada sin cargo (877) 874-3930; usuarios de TTY llamen al 711.
- Si no es miembro de este plan, llamada sin cargo (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, 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:

PBP 007; **Maricopa, Pinal**



¿Cuáles Doctores, Hospitales y Farmacias puedo Utilizar?

Banner – University Care Advantage tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa 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 farmacias.

¿Qué Cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original – sin embargo, cubrimos aún más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original.
 - Algunos de los beneficios adicionales están detallados en este kit.

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

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

Consejos para Comparar sus Opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Banner – University Care Advantage y lo que usted paga.

- • Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus Resumen de Beneficios. O, utilice el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- • Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual actualizado "**Medicare y Usted**". Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Información Importante

Banner – University Care Advantage es un HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Banner – University Care Advantage depende de la renovación del contrato.

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).

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. Favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo el costo compartido que corresponde para servicios fuera de la red.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Prima Mensual del Plan

Usted no paga nada.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

En algunos casos, la prima mensual de la Parte B es pagada por el Estado. Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Deducible

Este plan tiene deducibles para algunos servicios de hospital y médicos. \$0 o \$198 en el 2020, para servicios dentro de la red de la Parte B. El deducible de la Parte A de Medicare es \$0 o \$1,408 en el 2020.

Estas cantidades pueden cambiar para 2021. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Responsabilidad Máxima de su Bolsillo

(no incluye medicamentos recetados)

Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al mantener límites anuales en los costos de su bolsillo por la atención médica y de hospital.

En este plan, puede que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, dependiendo de su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Su límite anual en este plan:

- \$7,550 por servicios que reciba de proveedores dentro de la red.

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.

Consulte el manual "Medicare y Usted" para servicios cubiertos por Medicare. Para servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección Cobertura de Medicaid en este documento.

Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.

La cantidad máxima que paga por copagos, coseguro y otros costos para servicios médicos por el año es \$7,550.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Cobertura para Pacientes Internados

Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) están basados en periodos del beneficio. Un periodo de beneficio comienza el día que es admitido al hospital como paciente interno y termina cuando no ha recibido ninguna atención médica como paciente interno (o de enfermería especializada en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o SNF después de terminar un periodo de beneficio, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible de hospital de paciente interno por cada periodo de beneficio.

No hay límite al número de periodos de beneficio.

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "día de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura de hospital como paciente interno se limitará a 90 días.

En 2020, las cantidades para cada periodo de beneficio fueron:

- \$0 o \$1,408 de deducible para los días 1 hasta 60
- \$352 de copago por día para los días 61 hasta 90
- \$704 de copago por día para los 60 días de reserva vitalicia

Estas cantidades pueden cambiar para 2021. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para consultas con un especialista.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad de Medicaid

Cobertura para Pacientes Ambulatorios

0% o 20% del costo.

Se podría requerir autorización y/o referencia médica de su doctor.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Consultas con un Doctor

Primario

0% o 20% del costo

Especialista

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para consultas con un especialista.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Atención Médica Preventiva

Nuestro plan cubre los siguientes servicios preventivos sin costo para usted:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento del uso inapropiado del alcohol
- Medida de masa ósea
- Análisis para detección del cáncer del seno (mamografías)
- Enfermedad cardiovascular (terapia comportamental)
- Análisis para detección de enfermedad cardiovascular
- Análisis para detección del cáncer cervical y vaginal
- Análisis para detección del cáncer colorrectal
- Detectar la depresión
- Análisis para detección de diabetes
- Análisis para detección del VIH
- Servicios de terapia médica de nutrición
- Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)
- Detectar obesidad y asesoramiento
- Análisis para detección del cáncer de próstata
- Análisis para detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar el tabaco
- Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la Hepatitis B, vacunas contra Neumococo
- Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)
- Consulta de bienestar anual

Nuestro plan también cubre los siguientes servicios preventivos con un costo compartido de 0% o 20%, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:

- Enema de bario
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Examen rectal dactilar
- EKG después de la Consulta de Bienvenido
- Detectar glaucoma

Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año contractual será cubierto.

Emergencias

0% o 20% del costo (hasta \$90)

Si ingresa a un hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo para atención médica de emergencia. Consulte la sección "Cobertura para Pacientes Internados" de este folleto para otros costos.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

| | |
|--|--|
| Atención de Urgencias | 0% o 20% del costo (hasta \$65) Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. |
| Servicios de Diagnóstico/Laboratorios/Imagen Médica | |
| Servicios de Radiología Diagnóstica (ej. MRI) | 0% o 20% del costo |
| Servicios de Laboratorio | Usted no paga nada |
| Pruebas de Diagnóstico y Procedimientos | 0% o 20% del costo |
| Radiografías para Paciente Ambulatorio | 0% o 20% del costo |
| | Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor por algunos servicios. Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. |
| Servicios Auditivos | |
| Atención Médica Cubierto por Medicare | Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición: 0% o 20% del costo. Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. |
| Atención Médica Auditiva Adicional | Examen de audición de rutina \$0 de copago Audífonos, repuestos de mantenimiento y ajustes \$0 de copago Nuestro plan cubre \$1,500 cada 3 años por audífonos. |
| | Este plan cubre tanto la atención médica auditiva cubierto por Medicare como la atención auditiva adicional. Se podría requerir autorización y/o referencia médica de su doctor. |

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Servicios Dentales

Atención médica cubierta por Medicare

Atención dental limitada: 0% o 20% del costo
Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Atención Dental Adicional

Nuestro plan cubre \$3,000 cada año para atención dental adicional (preventiva e integral).

Servicios preventivos:

- Exámenes dentales \$0 de copago
- Limpiezas \$0 de copago
- Radiografías \$0 de copago
- Tratamiento con flúor \$0 de copago

Servicios integrales: \$0 de copago por servicios cubiertos

Servicios dentales integrales incluyen: servicios restaurativos, servicios para diagnosticar, endodoncia, periodoncia/extracciones/prostodoncia, puentes, dentaduras postizas, otras cirugías bucales maxilofaciales y otros servicios

Este plan cubre tanto la atención dental cubierta por Medicare como la atención dental adicional.

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor por algunos servicios.

Servicios Oculares

Atención médica cubierta por Medicare

Examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (detección de glaucoma anualmente): 0% o 20% del costo.

Lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas: 0% o 20% del costo.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Atención Ocular Adicional

Examen ocular de rutina \$0 de copago

Anteojos (lentes y armazón) \$0 de copago

Lentes de contacto y tarifa de ajuste \$0 de copago

Nuestro plan cubre \$225 al año por anteojos y/o lentes de contacto no cubiertos por Medicare.

Este plan cubre tanto la atención médica ocular cubierta por Medicare como la atención ocular adicional.

Autorización y/o referencia médica de su doctor puede requerirse.

Servicios de Salud Mental

Consulta para paciente interno

Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicia para atención médica de salud mental para paciente interno en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención médica para paciente interno en un hospital no se aplica para servicios de salud mental de paciente interno proporcionados en un hospital general.

Los copagos de beneficios para hospital y centro de enfermería especializado (SNF) están basados en periodos del beneficio. Un periodo de beneficios comienza el día que es ingresado al hospital y termina cuando no ha recibido ninguna atención médica como paciente internado (o de enfermería especializada en una SNF) durante 60 días consecutivos.

Si ingresa a un hospital o SNF después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible de hospital como paciente interno por cada periodo de beneficio. No hay límite para el número de periodos de beneficio.

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". 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.

En 2020, las cantidades para cada periodo de beneficio fueron de:

- \$0 o \$1,408 de deducible para días 1 hasta 60
- \$352 de copago por día para los días 61 hasta 90
- \$704 de copago por día para los 60 días de reserva vitalicia

Estas cantidades pueden cambiar para 2021. El plan proporcionará las tarifas actualizadas cuando Medicare las publique.

Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio

0% o 20% del costo

Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor por algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Centro de Enfermería Especializada (SNF)

Nuestro plan cubre hasta 100 días en una SNF. En 2021, las cantidades para cada periodo de beneficio son \$0 o:

- Usted no paga nada por días 1 hasta 20
- \$184 de copago por día para días 21 hasta 100

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Terapia Física

Consulta de terapia ocupacional

0% o 20% del costo

Consulta de terapia física y terapia de lenguaje y del habla

0% o 20% del costo

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Ambulancia

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Transporte

No está cubierto

Medicamentos de la Parte B de Medicare

0% o 20% del costo para medicamentos de quimioterapia
0% o 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Centro Quirúrgico Ambulatorio

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Medicamentos Recetados

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

Su costo compartido es determinado por el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. Si no reúne los requisitos para el subsidio de bajos ingresos, entonces usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare explicado en la Evidencia de Cobertura. Si reúne los requisitos para el subsidio de bajos ingresos, entonces paga:

| Farmacia de la Red (Minorista, de Pedido por Correo, Atención a Largo Plazo) | |
|--|--|
| Deducible para Recetas Anual | \$0 o \$92 |
| Suministro para 30 o 90 días de una farmacia de la red: | |
| Medicamentos Genéricos (incluyendo de marca tratados como genéricos) | \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago o 15% del costo total |
| Todos los otros medicamentos | \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago o 15% del costo total |

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios adicionales a los beneficios de la Parte C y Parte D.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Atención Médica de los Pies (servicios de podología)

Atención Médica Cubierta por Medicare

Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si tiene daño de nervios causado por la diabetes y/o reúne ciertas condiciones: 0% o 20% del costo.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Atención Médica de Rutina para los Pies

Cubierto - 12 consultas de rutina para la atención médica de los pies no cubiertas por Medicare cubiertas por año calendario.

Este plan cubre tanto la atención médica de los pies cubierto por Medicare como la atención médica de rutina para los pies.

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor.

Equipo Médico/Suministros

Equipo Médico Duradero (ej. sillas de ruedas, oxígeno)

0% o 20% del costo

Prótesis (ej. soportes, extremidades artificiales)

0% o 20% del costo

Servicios y suministros para diabéticos

0% o 20% del costo

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor para algunos servicios.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Productos de Salud Sin Receta

Cubiertos - \$45 mensuales

La cantidad depositada cada mes no se acumula de un mes al próximo.

Los artículos sin receta únicamente pueden ser comprados por el inscrito

Quiropráctica

Atención Médica cubierta por Medicare

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.

Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Este plan cubre tanto la atención médica quiropráctica cubierto por Medicare como la atención médica quiropráctica de rutina.

Se requiere autorización y/o referencia médica de su doctor.

Primas y Beneficios

Banner – University Care Advantage HMO SNP

Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios

Consulta de terapia grupal

0% o 20% del costo

Consulta de terapia individual

0% o 20% del costo

Puede que se requiera autorización y/o referencia médica de su doctor.
Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios de Diálisis Renal

0% o 20% del costo

Puede que se requiera autorización y/o referencia médica de su doctor.
Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Nurse Now

Consejos médicos disponibles las 24 horas del día, 7 días de la semana de parte de enfermeras para ayudar a responder sus preguntas médicas inmediatas.

Atención Médica a Domicilio

Usted no paga nada
Se podría requerir autorización y/o referencia médica de su doctor.

Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona

Planes de Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Medicare y Medicaid Beneficios para el 2021

For the most up-to-date information about AHCCCS' response during the COVID-19 public health Para la información más actualizada sobre la respuesta de AHCCCS durante la emergencia de salud pública del COVID-19, consulte: <https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/AboutUs/covid19.html>

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): \$0. Su cantidad de costo compartido de Medicare será pagada por su plan de salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario mencionado a continuación.
- Persona que no es QMB, con la Parte A y B de Medicare - Su cantidad de costo compartido de Medicare serán pagadas por su plan de salud de Medicaid solamente si el beneficio también está cubierto por Medicaid.

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – <u>QMB con Medicare y Medicaid</u> – Usted Paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – <u>No QMB con Medicare y Medicaid</u> – Usted Paga: | Banner – University Care Advantage HMO SNP <i>(Consulte la sección anterior para las cantidades de costo compartido)</i> |
|---|---|---|---|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA Y DE LARGO PLAZO (1) | | | |
| Hospitalización | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Tratamiento de Salud Comportamental para Ingresado | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Servicios en un Centro de Enfermería | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Atención Médica a Domicilio | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Consulta con el Médico General (PCP) | \$0 | \$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante (2). \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |
| Consulta con un Especialista | \$0 | \$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante. \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – QMB con Medicare y Medicaid – Usted Paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB con Medicare y Medicaid – Usted Paga: | Banner – University Care Advantage HMO SNP (Consulte la sección anterior para las cantidades de costo compartido) |
|------------------|---|--|--|
|------------------|---|--|--|

PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA Y DE LARGO PLAZO (1)

| | | | |
|---|-----|--|----------|
| Consulta con un Podólogo | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Consulta de Salud Comportamental Ambulatoria | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Consulta para Abuso de Sustancias Ambulatoria | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Consulta en un Centro Quirúrgico o Hospital Ambulatorio | \$0 | \$0 a \$3 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante. \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |
| Servicios de Ambulancia | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Servicios de Emergencia | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Consulta para Atención de Urgencias | \$0 | \$0 a \$4 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante. \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |
| Consulta de Terapia Ocupacional/Física/del Habla Ambulatoria | \$0 | \$0 a \$3 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante. \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |
| Equipo Médico Duradero | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Prótesis | \$0 | \$0. extremidad inferior controlada por microprocesador o articulación no cubierta para las personas de 21 años en adelante. | Cubierto |
| Orientación para el Autocontrol de la Diabetes y Suministros (cuando se proporciona como parte de una consulta con el PCP) | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Pruebas de Diagnóstico, Radiografías y Servicios de Laboratorio | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Detección Colorrectal | \$0 | \$0 | Cubierto |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – <u>QMB con Medicare y Medicaid</u> – Usted Paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – <u>No QMB con Medicare y Medicaid</u> – Usted Paga: | Banner – University Care Advantage HMO SNP <i>(Consulte la sección anterior para las cantidades de costo compartido)</i> |
|---|--|--|---|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA Y DE LARGO PLAZO (1) | | | |
| Vacunas contra la Gripe y la Neumonía | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Mamografía | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Examen de Detección de Cáncer de Próstata | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Diálisis Renal o Terapia Nutricional para Enfermedad Renal en Etapa Terminal | \$0 | \$0 | Cubierto |
| Medicamentos Recetados (3) | \$0 | \$0 a \$2.30 según la elegibilidad (2) para las personas de 21 años en adelante. \$0 para las personas de 20 años y menores. | Cubierto |
| Exámenes Auditivos, Pruebas Auditivas de Rutina, y Evaluaciones de Ajuste para Audífonos | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | Cubierto |
| Audífonos | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | Cubierto |
| Examen Ocular de Rutina, Lentes, Lentes de Contacto, Lentes y Armazón | \$0 para personas de 20 años y menores. No cubierto para las personas de 21 años en adelante a menos que sea después de una cirugía de cataratas. | \$0 para las personas de 20 años y menores. No cubierto para las personas de 21 años en adelante. | Cubierto |
| Servicios Dentales de Emergencia para Adultos | \$0 para las personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año. | \$0 para las personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1º de octubre cada año. | Cubierto |
| Transporte no de Emergencia | \$0 | \$0 | No está cubierto |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – QMB con Medicare y Medicaid – Usted Paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) – No QMB con Medicare y Medicaid – Usted Paga: | Banner – University Care Advantage HMO SNP <i>(Consulte la sección anterior para las cantidades de costo compartido)</i> |
|--|---|---|---|
| ÚNICAMENTE PROGRAMAS MEDICAID DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO (1) | | | |
| Servicios en un Centro de Enfermería | Costo Compartido Determinado por AHCCCS | Costo Compartido Determinado por AHCCCS | No está cubierto |
| Servicios de Relevó | \$0. Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre cada año. | \$0. Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre cada año. | No está cubierto |
| Servicios Basados en el Hogar y Comunidad | La contribución del miembro es determinada por AHCCCS | La contribución del miembro es determinada por AHCCCS | No está cubierto |
| Servicios Dentales Preventivos para Adultos (4) | \$0 para las personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre cada año. | \$0 para las personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre cada año. | Cubierto |

- (1) Los Programas Medicaid de Corto Plazo incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Autoridades Regionales de Salud Mental (RBHA) y Plan Médico y Dental para Niños (CMDP). Los Programas Medicaid de Cuidado a Largo Plazo incluyen Ancianos y Discapacitados (E-PD) y División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).
- (2) Consulte el sitio web AHCCCS para información adicional relacionada con los costos compartidos, copagos y beneficios del beneficiario.
- (3) Las cantidades de copago de la Parte D de Medicare son la responsabilidad del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estas cantidades, excepto para medicamentos de salud del comportamiento para aquellos beneficiarios que se determinan que tienen enfermedades mentales graves (SMI) y utilizando fondos permisibles que no sean de Título XIX.
- (4) Además de los Servicios Dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente en este documento.