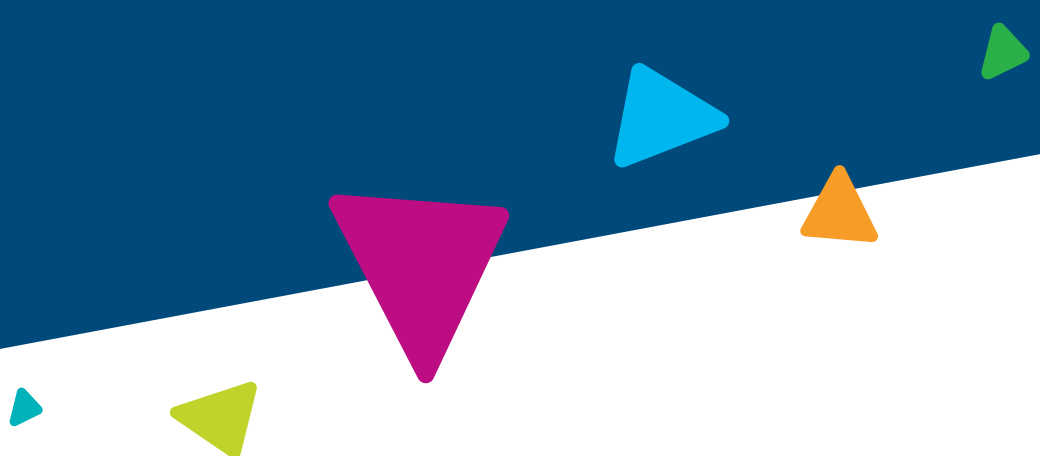


Magellan Complete Care of Arizona, Inc. (MCC of AZ) (HMO SNP)

Resumen de beneficios de 2020

Condado de Maricopa, condado de Pinal y condado de Gila

1.º de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020



Magellan Complete Care of Arizona, Inc. (HMO SNP)

Resumen de beneficios

1 ° de enero de 2020 - 31 de diciembre de 2020

En esta guía se brinda un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No incluye una lista de todos los servicios que cubrimos ni de todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las exclusiones, consulte la *Evidencia de cobertura*. La *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.mccofaz.com/dsnp. Para obtener una versión impresa, llámenos a los siguientes números y pida una copia.

Elegibilidad

Para ser elegible para este plan, usted debe tener las Partes A y B de Medicare y estar inscrito en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid). También debe vivir en nuestra área de servicio, que incluye los condados de Gila, Maricopa y Pinal en Arizona.

Se aplican exclusiones limitadas, lo que incluye individuos con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Sobre nosotros

Magellan Complete Care of Arizona (MCC of AZ) (HMO SNP) es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare Advantage. Esto significa que nuestros beneficios y servicios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica.

Cuando se inscriba en nuestro plan, le proporcionaremos:

- Sus beneficios de Medicare y de la Parte D.
- Un equipo de administración de cuidado para coordinar sus beneficios y servicios, asegurándose de que usted reciba la atención adecuada en el momento adecuado en el lugar.
- Coordinación de sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid.

Comuníquese con nosotros

MIEMBROS EXISTENTES

Servicios para Miembros: 1-800-424-4509 (TTY 711)
De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes
Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana

SI AÚN NO ES MIEMBRO: 1-800-424-4505 (TTY 711)

Para obtener más información, visite www.mccofaz.com/dsnp.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en MCC of AZ (HMO SNP), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. También debe estar en uno de los siguientes grupos de Medicaid:

- Solo Medicaid completo
- Programa de Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+)
- Beneficiario Elegible de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+)

Beneficios y servicios

La siguiente tabla incluye una lista de los beneficios de Medicare y lo que está cubierto por nuestro plan. No es una lista completa. Para obtener una lista completa de beneficios, consulte la *Evidencia de cobertura* de MCC of AZ (HMO SNP) 2020. Este documento se proporciona en línea en www.mccofaz.com/dsnp.

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$0 para servicios médicos \$0 para medicamentos recetados de la Parte D	Debe continuar pagando su prima de la parte B de Medicare si no es pagada por AHCCCS (Medicaid) u otro tercero.
Deducible anual	\$0 para servicios médicos \$0 para medicamentos recetados de la Parte D	No tenemos deducibles anuales.
Costo máximo de desembolso (no incluye los medicamentos recetados)	\$6,700 anualmente La mayoría de los miembros nunca alcanzan su monto máximo de desembolso. Dependiendo de su nivel de ayuda adicional, es posible que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare. Para obtener información sobre los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección Cobertura de Medicaid en este documento.	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos de los servicios médicos cubiertos por Medicare cada año.

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$0	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización durante un período de beneficios.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)		<p>El plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son los días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización excede los 90 días, puede usar estos días adicionales para cada período de beneficio, pero solo hasta 60 días adicionales a lo largo de su vida.</p> <p>Se requiere autorización previa para admisiones que no sean de emergencia.</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Centro médico quirúrgico ambulatorio • Hospital para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> – Servicios quirúrgicos y no quirúrgicos 	\$0	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o derivación de su médico.
Visitas médicas (Proveedores de atención primaria y especialistas)	\$0	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Orientación sobre el uso indebido del alcohol • Examen de densitometría ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) 	\$0	Estarán cubiertos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el contrato.

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Examen de detección de enfermedad cardiovascular • Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello del útero • Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces a base de guayacol (gFOBT), prueba inmunoquímica fecal (FIT), sigmoidoscopia flexible) • Exámenes de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes • Exámenes de detección de VIH • Servicios de tratamiento médico nutricional • Exámenes de detección y orientación sobre la obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Orientación y exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual • Orientación para dejar de consumir tabaco (orientación para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) 		

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas, entre las que se encuentran las vacunas contra la gripe, el Neumococo y la hepatitis B • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una vez) • "Consulta de bienestar" anual 		
Atención de emergencia	\$0	La cobertura se limita a la atención de emergencia recibida en los Estados Unidos y sus territorios.
Servicios de atención de urgencia	\$0 Si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de emergencia.	La cobertura se limita a la atención de emergencia recibida en los Estados Unidos y sus territorios.
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Radiología de diagnóstico (resonancias magnéticas, tomografías computadas) • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio (pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare) • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación contra el cáncer) 	\$0	

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la audición para diagnosticar problemas de audición y equilibrio <p>Nuestro plan también cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina anual • Ajustes/evaluación anual de audífonos • Asignación de audífonos de \$1,250 para ambos oídos combinados cada 3 años 	<p>\$0</p>	
<p>Servicios dentales</p>	<p>No cubierto</p>	<p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare o MCC of AZ (HMO SNP).</p>
<p>Servicios oftalmológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad • Un examen de glaucoma al año para personas en riesgo • Examen de retinopatía diabética <p>Nuestro plan también cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular de rutina anual • \$200 cada dos años para lentes 	<p>\$0</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital para pacientes hospitalizados 	<p>\$0</p>	<p>Paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización psiquiátrica</p>

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas para pacientes internados • Servicios ambulatorios proporcionados por profesionales de la salud mental calificados por Medicare, lo que incluye terapia de grupo y terapia individual. • Hospitalización parcial 		<p>durante un período de beneficios. El plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son los días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización excede los 90 días, puede utilizar estos días adicionales para cada período de beneficios, pero solo hasta 60 días adicionales durante toda su vida.</p> <p>Existe un máximo de 190 días de por vida para la atención de salud mental de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes internados no se aplica a servicios de salud mental para pacientes internados que se brinden en un hospital general.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa para estar cubiertos. Esto no incluye las emergencias.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 hasta 100 días	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional • Terapia física, del habla y del lenguaje 	\$0	Se requiere autorización previa.
Ambulancia	\$0	Se requiere autorización previa para transporte en ambulancia en casos que no sean de emergencia (excepto para transporte entre centros).
Transportación No de emergencia	No cubierto	

Beneficios y servicios	Costo para el miembro	Lo que debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	\$0	Puede requerir autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	\$0	Se requiere autorización previa.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Etapa de deducible

Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, entonces esta etapa de pago no se aplica a usted.

Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)

Después de que haya cumplido con su deducible (si corresponde), el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. El costo compartido puede cambiar cuando usted entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos de suministro a largo plazo, infusión en el hogar o costo compartido adicional específico de la farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de Cobertura* en línea al www.mccofaz.com/dsnp.

Categoría	Costo compartido estándar de venta minorista (dentro de la red) (Un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo postal (Un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (Un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (Un suministro de hasta 5 días) La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer más detalles.
Medicamentos genéricos y medicamentos preferidos de múltiples fuentes	\$0/\$1.30/\$3.60 por receta	\$0/\$1.30/\$3.60 por receta	\$0/\$1.30/\$3.60 por receta	\$0/\$1.30/\$3.60 por receta
Todos los otros medicamentos	\$0/\$3.90/\$8.95 por receta	\$0/\$3.90/\$8.95 por receta	\$0/\$3.90/\$8.95 por receta	\$0/\$3.90/\$8.95 por receta

Etapa catastrófica

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de \$6,350 para sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos de Medicare.

Información importante

Las primas, copagos y deducibles pueden variar según el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si califica para recibir "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, entonces el programa de "Ayuda Adicional" pagará la totalidad o parte de la prima mensual de su plan, y sus deducibles de medicamentos recetados y copagos/coseguros. Si no es elegible para recibir "Ayuda Adicional", consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre la participación en los costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Usted puede ver el Formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) incluyendo cualquier restricción, y el *Directorio de proveedores y farmacias*, en nuestro sitio web en www.mccofaz.com/dsnp.

Beneficios adicionales	Costo para el miembro	Lo que debe saber
<p>Servicios de podiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención podiátrica de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas. • Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. 	<p>\$0</p>	
<p>Suministros/equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (aparatos ortopédicos, miembros artificiales) • Suministros para el control de la diabetes 	<p>\$0</p>	<p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Atención médica domiciliaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y servicios de atención médica domiciliaria a tiempo parcial o de manera intermitente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipos médicos. 	<p>\$0</p> <p>Los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica domiciliaria combinados están limitados a menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Hospital para cuidados paliativos</p>	<p>\$0</p> <p>de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p> <p>Quizás deba pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención para aliviar el dolor.</p>	<p>El centro de cuidados paliativos está cubierto por el Medicare Original. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.</p>

Beneficios adicionales	Costo para el miembro	Lo que debe saber
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Terapia individual o grupal	\$0	
Diálisis renal	\$0	
Servicios quiroprácticos	\$0 \$0 para servicios cubiertos por Medicare	
Telehealth <ul style="list-style-type: none"> • Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas • Acceso al administrador de atención de enfermería 	\$0	

Beneficios y servicios de AHCCCS (Medicaid)

Para que usted pueda entender mejor sus opciones de atención médica, el siguiente cuadro muestra sus cargos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad de compartir los costos de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- **Beneficiario Elegible de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)** – \$0. Sus montos de costos compartidos de Medicare serán pagados por su plan de salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario a continuación.
- **No Beneficiario Elegible de Medicare con Parte A y Parte B de Medicare** – Su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costos compartidos de Medicare sólo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

PROGRAMAS DE CUIDADO INTENSIVO Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID¹ Beneficios	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - Elegible para QMB dual - Usted paga:	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - No elegible para QMB dual - Usted paga:
Hospitalización para pacientes internados	\$0	\$0
Hospitalización para atención de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
PROGRAMAS DE CUIDADO INTENSIVO Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID¹ Beneficios	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - Elegible para QMB dual - Usted paga:	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - No elegible para QMB dual - Usted paga:
Servicios de centro de enfermería	\$0	\$0
Consulta de atención médica domiciliaria	\$0	\$0
Consulta al Proveedor de atención primaria (PCP).	\$0	\$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
Consultas con un médico especialista	\$0	\$0 para consultas de bienestar, y \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
Servicios Cubiertos por Medicare lo que incluye consultas de cuidado quiropráctico, manejo de casos crónicos/complejos, etc.	\$0	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>

Consulta para servicios de podiatría	\$0	\$0
Consulta para atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Consulta para atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Consulta al Centro Quirúrgico Ambulatorio o al Hospital para Pacientes Ambulatorios	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
Servicios de ambulancia	\$0	\$0
Servicio de emergencia	\$0	\$0
Consulta de atención médica de urgencia	\$0	\$0 a \$4 dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
PROGRAMAS DE CUIDADO INTENSIVO Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID¹ Beneficios	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - Elegible para QMB dual - Usted paga:	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - No elegible para QMB dual - Usted paga:
Consulta de terapia ocupacional/física/habla para pacientes ambulatorios	\$0	\$0 a \$3 dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
Equipos médicos duraderos	\$0	\$0
Prótesis	\$0	\$0 <i>Miembro inferior controlado por microprocesador o articulación no cubierta para mayores de 21 años.</i>
Entrenamiento y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se	\$0	\$0

proporcionan como parte de una consulta del PCP)		
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio	\$0	\$0
Examen de detección colorrectal	\$0	\$0
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0	\$0
Mamografía de detección	\$0	\$0
Papanicolaou y examen ginecológico	\$0	\$0
Detección de cáncer de próstata	\$0	\$0
Diálisis renal o terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal	\$0	\$0
Medicamentos con receta ³	\$0	\$0 a \$2.30 dependiendo de la elegibilidad ² para las edades de 21 años y mayores. \$0 para 20 años o menos.
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones de ajuste de audífonos	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>
PROGRAMAS DE CUIDADO INTENSIVO Y A LARGO PLAZO DE MEDICAID¹ Beneficios	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - Elegible para QMB dual - Usted paga:	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - No elegible para QMB dual - Usted paga:
Audífonos	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>
Examen ocular de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazones	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para personas de 21 años de edad o mayores,</i>	\$0 para 20 años o menos. <i>No está cubierto para mayores de 21 años.</i>

	<i>a menos que después de una cirugía de cataratas.</i>	
Servicios dentales de emergencia para adultos	\$0 para 21 años o más. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para 21 años o más. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>
Transporte que no es de emergencia y que es médicamente necesario	\$0	\$0
SÓLO PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE MEDICAID¹ Beneficios	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - Elegible para QMB dual - Usted paga:	Como un Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) - No elegible para QMB dual - Usted paga:
Servicios de centro de enfermería	Costo compartido determinado por AHCCCS.	Costo compartido determinado por AHCCCS.
Servicios de relevo	\$0 <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para 21 años o más. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>
Servicios basados en la comunidad y en el hogar	Contribución del miembro determinada por AHCCCS.	Contribución del miembro determinada por AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos⁴	\$0 para 21 años o más. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para 21 años o más. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>

¹ Los programas de cuidado intensivo de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs) y Children's Medical and Dental Plan (CMDP). Los programas de atención a largo plazo de Medicaid incluyen a las personas mayores e incapacitadas físicamente (E-PD) y a la División de Incapacidades del Desarrollo (DDD).

² Consulte el sitio web de AHCCCS para obtener información adicional sobre la participación de los beneficiarios en los costos, los copagos y los beneficios.

³ Los montos de copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, excepto por los

medicamentos de salud mental para aquellos beneficiarios que se determine que tienen una enfermedad mental grave (SMI) y que utilizan fondos permitidos fuera del Título XIX.

⁴ Además de los Servicios Dentales de Emergencia para Adultos descritos anteriormente.

Médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de nuestra red

Tenemos una red de proveedores y farmacias que usted puede usar. Los proveedores están listados en nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede utilizar nuestra herramienta de búsqueda en línea Encontrar un médico en www.mccofaz.com/dsnp para encontrar la lista más actualizada de proveedores de la red cerca de usted. Estos elementos estarán disponibles para el 15 de octubre de 2019.

En la mayoría de los casos, usted debe usar proveedores y farmacias de la red.

Medicamentos cubiertos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos, o formulario, enumera todos los medicamentos disponibles para los miembros de nuestro plan. El formulario estará disponible para el 15 de octubre de 2019 en nuestro sitio web.

Costo compartido

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid de AHCCCS, usted pagará menos por algunos de los servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Asimismo, usted recibirá "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Podemos ayudarle a coordinar sus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid.

El manual "Medicare y usted"

El manual "Medicare y usted" de 2020 le informa más sobre la cobertura y los costos del Medicare Original. Consúltelo en Internet en www.medicare.gov o llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227) las 24 horas, los 7 días de la semana para solicitar una copia. Los usuarios de dispositivos TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Listado de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-800-424-4505.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de Cobertura (EOC)*, especialmente para aquellos servicios para los cuales consulta a un médico de rutina. Visite www.mccofaz.com/dsnp o llame al 1-800-424-4509 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores y farmacias (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos y farmacias que usted ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico o farmacia.

Comprender reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 ° de enero de 2021.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*).
- Este plan es un plan de necesidades especiales (DSNP) con doble elegibilidad. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Magellan Complete Care of Arizona, LLC Inc. (HMO SNP) es un plan de atención médica administrada con un contrato de Medicare Advantage. La inscripción en MCC of AZ (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esto no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-424-4509 (TTY 711) para obtener más información.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Para obtener información, comuníquese con Servicios para Miembros de MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana) o visite www.mccofaz.com/dsnp.

Magellan
COMPLETE CARE®