Resumen de Beneficios

MoreCare For You (HMO)

Período de cobertura
1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

MoreCare®
A Medical Home Network Affiliate

H2678_1000-0419_M

Acerca de MoreCare, Inc.

Ubicado dentro de la comunidad y dirigido por proveedores, **MoreCare** ofrece una estrategia única y coordinada con respecto a la atención médica – haciendo que sea más fácil para las personas elegibles para Medicare, como usted, obtener el**cuidado integral de calidad** que se merece. La cobertura MoreCare For You (HMO) de MoreCare le brinda la cobertura y las opciones que necesita para estar saludable. Nos esforzamos para mantener **la alta calidad y los precios bajos** al trabajar con profesionales médicos y hospitales locales para brindar la atención **personalizada y coordinada en la que puede confiar.**

MoreCare, Inc. es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con contrato con Medicare. La inscripción en MoreCare, Inc. depende de la renovación del contrato.

Este manual le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que tiene que pagar. No detalla cada servicio que cubrimos ni cada limitación ni exclusión. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, contáctese con nosotros y pida una "Evidencia de cobertura". También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mymorecare.com**.

¿Quién puede acceder al servicio?

- Para unirse a **MoreCare For You (HMO),** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar registrado en la Parte B, y vivir en el área de servicio del plan. Nuestra área de servicio es **Cook County, Illinois**

¿Qué Proveedores puedo usar?

- **MoreCare For You (HMO)** posee una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Salvo en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no se encuentran en nuestra red, el plan puede no pagar por los servicios.
- Una vez que se registre en el plan, podrá elegir un proveedor de atención primaria (PCP). La mayoría de los servicios del cuidado de la salud serán derivados por su PCP. Puede necesitar una derivación antes de que pueda consultar a otros proveedores. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
- Debe usar generalmente las farmacias de la red para surtirse de sus recetas para la medicación cubierta de la Parte D.
- Puede usar nuestro Directorio de proveedores y Directorio de farmacias en nuestro sitio web **mymorecare.com**. O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los Directorios de Proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare original cubre, y más.

- **Por algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan que en Medicare original.**. Por otros, usted paga menos.
- **Nuestros afiliados al plan además obtienen más de lo que cubre Medicare original.**. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este manual.
- Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte D 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 cualquier otras restricciones en nuestro sitio web, **mymorecare.com**. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

Usted tiene opciones para recibir su cobertura de Medicare.

- Una opción es acceder a los beneficios de Medicare a través del Medicare original (pago por servicio Medicare). El gobierno federal administra el Medicare original directamente.
- Otra opción es acceder a sus beneficios de Medicare al unirse al plan de salud Medicare Advantage, como por ejemplo **MoreCare for You (HMO).**
- En un plan Medicare Advantage HMO, usted elige un médico de atención médica primaria (PCP por sus siglas en inglés). La mayoría de sus servicios del cuidado de la salud serán derivados por el PCP que usted elija. Las consultas a profesionales del cuidado de la salud fuera de su red normalmente no están cubiertas por el plan.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los manuales con el Resumen de beneficios de otros planes. O bien, puede utilizar el buscador del plan de Medicare en http://www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual de "**Medicare & You**". Véalo en línea en **www.medicare.gov** o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

¿Cómo me comunico con MoreCare?

El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre).

- Si usted es miembro de este plan, llámenos a nuestra línea gratuita al **844-480-8528** (TTY: 711)
- Si usted **no** es miembro de este plan, llámenos a nuestra línea gratuita al **877-770-2636** (TTY: 711)
- O bien, visite nuestro sitio web: **mymorecare.com**.

Prima mensual, deducible y límites de cuánto debe pagar por los servicios cubiertos	
Prima mensual	**$0 por mes.** Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible por plan	Este plan **no** tiene un deducible.
¿Existe algún límite de cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus costos de bolsillo para el cuidado médico y hospitalario.
¿Cuánto es la responsabilidad máxima que tengo que pagar de bolsillo?	**$3.450** por servicios que usted recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de los costos de bolsito, aún recibirá la cobertura de servicios médicos y hospitalarios. Cubriremos por completo los gastos por el resto del año. Recuerde que aún necesitará pagar su parte de los costos compartidos para los medicamentos recetados de la Parte D.

*Algunos de los servicios detallados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (a veces se le llama "autorización previa") de nosotros. **Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado han sido marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios.**

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Atención a pacientes hospitalizados*	
Su período de beneficio es el mismo que en Original Medicare. No hay límites en el número de períodos de beneficios. **Requerido para las hospitalizaciones electivas.*	**$295** de copago cada día por los días 1-6. **$0** de copago cada día por los días 7-90.
Atención hospitalaria ambulatoria/Centro quirúrgico ambulatorio*	
• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica de pacientes ambulatorios, cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluye atención en un programa de hospitalización parcial. • Para una lista completa de servicios, refiérase a la Evidencia de cobertura	**$150** de copago para servicios hospitalarios ambulatorios. **$100** de copago para servicios de centro quirúrgico ambulatorios. **$75** de copago por servicios hospitalarios de observación ambulatorios.
Visitas al consultorio	
• Únicamente proveedores de la red	**$0** de copago por servicios de atención primaria. **$25** de copago por servicios de médicos especialistas.
Atención preventiva	

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Cubrimos muchos servicios preventivos, incluidos: • Prueba de detección de aneurisma de la aorta abdominal • Pruebas y asesoría para el abuso del alcohol • Densitometrías óseas • Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Evaluación cardiovascular • Pruebas de cáncer cervical y de vagina • Exámenes de cancer colorrectal (colonoscopía, análisis de sangre oculto fecal, y sigmoidoscopía flexible) • Prueba de depresión • Pruebas de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Pruebas y asesoría para obesidad • Detección de cáncer de próstata (PSA) • Infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas y asesoría • Asesoría para dejar de fumar tabaco (asesoría para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas antigripales, de hepatitis B, neumococo • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare» (por única vez) • Consulta de “Bienestar” anual	**$0** de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare.
Cuidado de emergencia/Atención posterior a la estabilización	
Cuidado médico de emergencia cubierto a nivel **mundial**. ***$10.000** de cobertura máxima anual de beneficios del plan para atención de emergencia en todo el mundo.*	**$120** de copago por consulta. Se le exime del copago si es hospitalizado dentro de tres (3) días.
Servicios requeridos de urgencia	
Brindados para tratar una enfermedad, lesión o condición inesperadas que no son de emergencia pero requieren atención médica de inmediato.	**$25** de copago por consulta.
Servicios de atención de urgencia/emergencia **en todo el mundo.**	**$120** de copago por consulta.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Pruebas de diagnóstico a pacientes ambulatorios, radiografías, servicios de laboratorio y servicios radiológicos*	
• Radiografías • Servicios de radiología diagnósticos (como una imagen de resonancia magnética, MRI por sus siglas en inglés) • Servicios de radiología terapéuticos • Pruebas de laboratorio • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos **Requerido para los servicios de resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones y nucleares.*	**$25** de copago para radiografías. **$150** de copago por servicios de radiación diagnósticos. **20%** de coseguro para servicios de radiación terapéutica. **$0** de copago para servicios de laboratorio **$0** de copago por procedimientos/pruebas diagnósticas.
Servicios para la audición	
• Diagnóstico de audición y pruebas de balance realizadas por su PCP o proveedor especialista. • Exámenes de audición de rutina cubiertos una vez (1) al año. • $2000 de asignación para audífonos por año en ambos oídos combinados.	**$25** de copago por un examen de audición con cobertura de Medicare. **$0** de copago por un (1) examen de audición rutinario dentro de la red. **$2.000** de asignación para audífonos por año.
Servicios dentales preventivos	
Exámenes preventivos/diagnóstico de servicios Un (1) examen oral de rutina inicial o periódico cada año, incluyendo diagnóstico y documentación.	**$0** de copago
Limpiezas (profilaxis) Una (1) limpieza cada seis (6) meses, incluyendo limpieza de sarro y pulido.	**$0** de copago
Tratamiento con flúor Un (1) tratamiento cada (6) meses	**$0** de copago
Radiografías dentales • Una (1) serie de radiografías de aleta de mordida cada dos (2) años. • Una (1) radiografía de todos los dientes por año • Radiografías de la dentadura completa o radiografías panorámicas cada cinco (5) años	**$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Servicios dentales integrales	
Obturaciones – Obturaciones de amalgama (resina) u obturaciones compuestas (obturaciones blancas), en todos los dientes. Las obturaciones están cubiertas hasta el máximo de beneficio dental anual.	**$0** de copago
Extracciones simples y cirugía oral*. La extracción de dientes incluye la cirugía de extracción hasta un máximo de beneficio dental anual. Las extracciones dentales y cirugías orales requieren autorización previa.	**$0** de copago
Coronas – Cubiertas hasta un máximo de beneficio dental anual.	**$0** de copago
Dentaduras y Reparación de dentaduras – Reparación de dentaduras y dentaduras postizas, incluyendo servicios para ajustar o realinear dentaduras, cubiertos hasta el máximo beneficio dental anual.	**$0** de copago
Máximo de beneficio dental anual	**$1.800** máximo por año calendario para servicios dentales cubiertos.
Servicios para la vista	
Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones de la vista.	**$25** de copago por un examen de la vista con cobertura de Medicare. **$0** de copago hasta por un (1) examen de rutina de la vista cada año.
Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	**$0** de copago por un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.
Un (1) par de anteojos (marco y cristales) o lentes de contacto dentro del año calendario de hasta $300.	**$300** de cobertura del plan por un (1) par de anteojos (marco y cristales) o lentes de contacto cada año calendario.
Hospitalización por salud mental*	
Su período de beneficio es el mismo que en Original Medicare. No hay límites en el número de períodos de beneficios. **Requerido para hospitalizaciones electivas*	**$295** de copago cada día por los días 1-5. **$0** de copago por los días 6-90. No habrá copago, coseguro o deducible por días adicionales.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	
Sesiones individuales o grupales	**$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Atención a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	
Servicios de abuso de sustancias individuales y grupales	**$100** de copago
Centro de cuidados especializados de enfermería (SNF)*	
Su período de beneficio es el mismo que en Original Medicare. No hay límites en el número de períodos de beneficios. Usted está cubierto por hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios.	**$0** de copago cada día por los días 1-20. **$188** de copago cada día por los días 21-100.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*	
Terapia física, ocupacional y del habla **Requerido más allá de la evaluación inicial y las cuatro (4) consultas/tratamientos.*	**$25** de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca*	
Programas integrales	**$50** de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar*	
Programas integrales	**$30** de copago
Servicios de ambulancia*	
**Se requiere autorización previa para servicios que no son emergencias*	**$200** de copago por los servicios de ambulancia terrestre. **20%** de coseguro para los servicios de ambulancia aérea.
Transporte	
Servicios de rutina a y desde su PCP, especialista, farmacia u otras ubicaciones relacionadas a la salud, aprobadas por el plan.	**$0** de copago por hasta **20** viajes de ida a un sitio aprobado por el plan cada año.
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	
Incluye medicamentos que no son habitualmente autoadministrados.	**20%** de coseguro por cada medicamento de la Parte B.

Beneficios de medicamentos recetados

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y farmacias con pedidos por correo de la red.

Si se encuentra en un servicio de cuidado de tiempo prolongado, paga lo mismo que un suministro de 31 días en la farmacia minorista.

Etapa 1: Deducible de medicamentos recetados por año	**$0** por año para medicamentos recetados de la Parte D		
Costo compartido de medicamentos cubiertos		**Minorista / pedido por correo**	**Minorista / pedido por correo**
		Suministro de 30 días	**Suministro para hasta 100 días***
Etapa 2: etapa de cobertura inicial	**Nivel 1** *Genéricos preferidos*	$5 de copago	$15 de copago
	Nivel 2 *Genéricos no preferidos*	$20 de copago	$60 de copago
	Nivel 3 *De marca preferida*	$47 de copago	$141 de copago
	Nivel 4 *De marca no preferida*	coseguro del 50%	coseguro del 50%
	Nivel 5 *Medicamentos especializados*	Coseguro del 33%	No se dispone de un suministro a largo plazo de medicamentos en el nivel 5
	Nivel 6 *Medicamentos de cuidados selectos*	$0 de copago	$0 de copago
	**Beneficio de suministro de 100 días en todos los niveles excepto Nivel 4 & Nivel 5*		
Etapa 3 Etapa de brecha de cobertura	Una vez que su costo total de medicamentos haya alcanzado **$4.430,** no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marcas, por cualquier medicamento que se encuentra en la brecha de cobertura.		
Etapa 4: Cobertura catastrófica	Luego de que sus gastos de bolsillo anuales (incluyendo medicamentos comprados en la farmacia minorista y a través del correo) alcancen **$7.050**, su pago será el mayor de entre: ○ **5%** de coseguro o ○ **$3,95** por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y **$9,85** por todos los demás medicamentos.		

Beneficios adicionales

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Servicios de telesalud	
(Adicionalmente a Medicare Original) Aplica únicamente proveedores de la red	**$0** de copago por servicios de atención primaria y de salud del comportamiento. **$25** de copago por servicios de médicos especialistas.
Artículos de venta libre (OTC)	
Medicamentos y otros productos de farmacia relacionados con la salud de venta minorista o por catálogo. Los fondos sin usar no son acumulables.	**$75** por artículos de venta libre aprobados **cada tres (3) meses.**
Comida y productos agrícolas*	
Miembros con ciertas condiciones crónicas podrán recibir una tarjeta de supermercado de $25 cada tres (3) meses. Los fondos se añadirán a su tarjeta OTC. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en su Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de las condiciones de elegibilidad. Los fondos sin usar no son acumulables.	**$0** de copago por una tarjeta de supermercado de $25 cada tres (3) meses.
Servicios de asistencia de cuidador	
Recursos telefónicos y basados en la web para reducir el estrés de las cargas relacionadas con el cuidado. **Los miembros y sus cuidadores pueden acceder a este beneficio de dos (2) maneras:** 1. **MyCareDesk:** una plataforma digital que incluye un conjunto completo de herramientas y recursos basados en la web. 2. **Línea de Apoyo del Promotor de Salud:** Hable con un promotor de Salud entrenado para recibir apoyo y guía con respecto a cuidados.	**$0** de copago
Programas de educación para la salud y bienestar	
Membresía en un gimnasio Membresía mensual en instalaciones de entrenamiento físico participantes.	**$0** de copago
Asistente de educación en salud digital Dispositivo de asistente de voz para apoyar los servicios de gestión de cuidado de MoreCare y ayudar a los miembros a supervisar su salud en casa.	**$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros	
• Suministros para monitorear su glucosa en la sangre (tiras de prueba, monitores de glucosa) • Nuestra marca preferida es Abbott Freestyle	**$0** de copago para marcas preferidas **35%** de coseguro para marcas no preferidas
• Programa de Descuentos en Insulina: Insulinas selectas	**$35** de copago o menos por insulinas selectas.
• Medicare cubre zapatos terapéuticos.	**$0** de copago por cada par de zapatos terapéuticos
• Capacitación para el autocontrol de la diabetes.	**$0** de copago para clases cubiertas por Medicare
Cuidado de los pies (servicios de podología)*	
• Cuidado de los pies cubiertos por Medicare	**$25** de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.
• Cuidado de los pies de rutina que normalmente no están cubiertos por Medicare Original. Incluye el recorte de las uñas de los pies y la extracción de callos. • Se le cubren dos (2) consultas al año. **Requerido más allá de la evaluación inicial y cuatro (4) consultas/tratamientos.*	**$0** de copago para cuidad de los pies de rutina, hasta **dos** (2) consultas por año.
Atención quiropráctica*	
Manipulación manual para la columna para corregir subluxaciones, cubierta por Medicare **Requerido más allá de la evaluación inicial y las cuatro (4) consultas/tratamientos.*	**$20** de copago
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) y suministros relacionados*	
DME cubierto por Medicare y suministros relacionados. Suelen ser limitados a vendedores preferidos. Contáctenos por esta lista. **Requerido para todos los artículos DME con un precio de compra superior a $500 o $38,50 por mes, si se alquila.*	**20%** de coseguro
Agencia de atención médica en casa*	
Consultas cubiertas por Medicare	**$0** de copago
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*	
Dispositivos y ciertos suministros, reparaciones y/o reemplazo.	**20%** de coseguro

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando accede a estos servicios
Diálisis renal*	
Tratamiento de diálisis y servicios. **Se requiere autorización y derivación para cuidados que no sean de emergencia.*	**20%** de coseguro

MoreCare®

A Medical Home Network Affiliate

MoreCare es una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en MoreCare depende de la renovación del contrato. MoreCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad o sexo.