

Molina Medicare Options Plus HMO SNP *proporcionado por Molina Healthcare of Ohio*

Aviso anual de cambios para 2017

Actualmente, está inscrito como miembro del plan Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

Recursos adicionales

- Si desea información adicional, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de servicio es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
 - El Departamento de Servicios para Miembros cuenta con servicios de interpretación gratuitos y disponibles para las personas que no hablan inglés (los números telefónicos se encuentran en la sección 7.1 de este cuadernillo).
 - También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema braille o en letra grande.
 - Cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés): La cobertura conforme a este Plan califica como una cobertura esencial mínima (MEC) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual para la MEC.
-

Acerca de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

- Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Options Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se estará haciendo referencia a Molina Healthcare of Ohio. Cuando se mencionen los términos “plan” o “nuestro plan” se estará haciendo referencia a Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año

Medicare le permite cambiar su cobertura de salud y de medicamentos. Es importante que revise su cobertura cada otoño para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año próximo.

Cosas importantes para hacer:

- ☐ **Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.** ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza? Es importante que revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que estos le resulten útiles durante el año próximo. Consulte la Sección 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ **Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos le afectan.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en otra categoría? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le rinda el próximo año. Consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- ☐ **Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el próximo año.** ¿Sus médicos están en nuestra red? ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que utiliza usted? Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores o farmacias.
- ☐ **Piense en los costos de atención médica generales.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad? ¿Cuánto gastará en la prima? ¿En qué se diferencian los costos totales con los de otras opciones de cobertura de Medicare?

- ☐ **Piense si está conforme con nuestro plan.**

Si decide permanecer en Molina Medicare Options Plus HMO SNP:

Si desea permanecer con nosotros el año próximo, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura cumplirá mejor con sus necesidades, puede cambiarse en cualquier momento. Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes después de haber solicitado el cambio. Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Resumen de costos importantes para 2017

En la tabla siguiente, se comparan los costos de 2016 y 2017 para Molina Medicare Options Plus HMO SNP en varios aspectos importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios en los beneficios o costos que lo afecten.**

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$0 a \$25.90	\$0 a \$29.80
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
Deducible	\$0 o \$166	Este monto puede ser modificado para 2017.
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
	para proveedores de atención primaria por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta	para proveedores de atención primaria por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	Las sumas por cada período de beneficios son \$0 o: • \$1,288 de deducible para los días 1 a 60 • \$322 de copago por día para los días 61 a 90 • \$644 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida	Estos montos pueden ser modificados para 2017.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).	Deducible: \$0 a \$74 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de	Deducible: \$0 a \$82 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
	marca tratados como genéricos)	marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
	• Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)	• Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
	• Categoría de medicamento 5:	• Categoría de medicamento 5:

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
	\$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
La suma máxima que pagará de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su propio bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles.)	\$6,700	\$6,700

Aviso anual de cambios para 2017

Índice

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año.	2
Resumen de costos importantes para 2017.	3
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscripto automáticamente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP en 2017.	8
SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo.	9
Sección 2.1 - Cambios en su prima mensual.	9
Sección 2.2 - Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo.	10
Sección 2.3 - Cambios en la red de proveedores.	10
Sección 2.4 - Cambios en la red de farmacias.	11
Sección 2.5 - Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.	12
Sección 2.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.	17
Sección 3.1 - Si desea permanecer en Molina Medicare Options Plus HMO SNP	17
Sección 3.2 - Si quiere cambiar de plan.	17
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan.	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados.	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.	20
Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Options Plus HMO SNP	20
Sección 7.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare.	20
Sección 7.3 - Cómo obtener ayuda de Medicaid	21

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscripto automáticamente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP en 2017

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare en 2016, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Molina Medicare Options Plus HMO SNP . Esto significa que a partir del 1.º de enero de 2017, recibirá cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente. También puede pasarse a Medicare Original.

En este documento, se proporciona información acerca de las diferencias entre los beneficios que recibe actualmente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2017 como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Prima mensual (Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 a \$25.90	\$0 a \$29.80

- Su prima mensual del plan será *más* si usted necesita pagar por vida una multa por inscripción tardía a la Parte D por no conseguir otra cobertura para medicamentos que sea por lo menos equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada "cobertura válida") durante 63 días o más.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), debe mantener su cobertura de la Parte D o podría estar sujeto a una multa por inscripción tardía si alguna vez opta por inscribirse en la Parte D en el futuro. Si tiene ingresos mayores a los informados en su última declaración de impuestos (\$11,880 o más), es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si va a recibir una "Ayuda Adicional" para sus costos de medicamentos recetados.

Sección 2.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “suma máxima de su propio bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Suma máxima de su propio bolsillo	\$6,700	\$6,700
Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan esta máxima de su propio bolsillo.		Una vez que haya pagado \$6,700 en efectivo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año natural.
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para la suma máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.		

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web <http://www.molinahealthcare.com/medicare>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias 2017 para determinar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Cuando sea posible, le informaremos con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar y trabajaremos con usted para garantizarle que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web <http://www.molinahealthcare.com/medicare>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2017 para determinar qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Considere que el *Aviso Anual de Cambios* solamente le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el próximo año. La información que sigue a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*, en su *Evidencia de cobertura 2017*. Se incluyó una copia de la Evidencia de cobertura en este sobre.

Costo	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Beneficio de alimentos (suplementario)	Beneficio de alimentos no cubierto.	Usted paga \$0 de copago. El ciclo estándar de alimentos es un menú de 2 semanas con un total de 28 comidas entregadas al miembro, conforme a la necesidad del miembro. Se pueden proveer 28 alimentos adicionales con aprobación.
Transporte	\$0 de copago por hasta 30 viajes de un solo sentido a lugares aprobados por el plan cada año natural.	Transporte no está cubierto.
Visitas adicionales para dejar de fumar	8 consultas ofrecidas además de Medicare.	No se ofrecen visitas adicionales además de Medicare.

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra lista de medicamentos en este sobre. La lista de medicamentos adjunta a este sobre incluye muchos de los medicamentos estarán cubiertos el siguiente año, *pero no todos*. Si no

encuentra su medicamento en la lista, es posible que aún esté cubierto. **Para recibir la lista completa de medicamentos** llame al Departamento de Servicios para Miembros (vea la contraportada) o visite nuestra página web (<http://www.molinahealthcare.com/medicare>).

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluso en medicamentos que cubrimos y en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y vea si hay alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otro recetador) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale al médico (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que se puedan administrar para tratar la misma afección médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional, por **única vez**, de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o de cobertura. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones de formulario actuales estarán cubiertas hasta la fecha de la carta de aprobación que se le envió. Las autorizaciones abarcan años naturales y recibirá una carta nuestra 45 días antes de que venza su autorización actual para recordarle el vencimiento.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura

para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido este anexo antes del 31 de octubre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de brecha en cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducibles

Etapa	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en las categorías 2-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	La cantidad de su deducible es ya sea \$0 o \$74 al año para los medicamentos recetados de la Parte D, salvo los medicamentos enumerados en la Categoría 1, los cuales están excluidos del deducible, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba.	La cantidad de su deducible es ya sea \$0 o \$82 al año para los medicamentos recetados de la Parte D, salvo los medicamentos enumerados en la Etapa 1, los cuales están excluidos del deducible, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Por favor, consulte la siguiente gráfica para ver los cambios de 2016 a 2017.

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la lista de medicamentos.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genérico preferido - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado. Genéricos no preferidos - Categoría 2: Usted paga \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos por medicamento recetado. Marca comercial preferida - Categoría 3: Usted paga \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos por medicamento recetado. Marca comercial no preferida - Categoría 4: Usted paga	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genérico preferido - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado. Genéricos – Categoría 2: Usted paga \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos por medicamento recetado. Marca comercial preferida - Categoría 3: Usted paga \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos por medicamento recetado. Marca comercial no preferida - Categoría 4: Usted paga

\$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)
\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
por medicamento recetado. Categoría especializada – Categoría 5: Usted paga \$0, \$1.20 o \$2.95 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)	por medicamento recetado. Categoría especializada – Categoría 5: Usted paga \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)
\$0, \$3.60 o \$7.40 de copago para todos los otros medicamentos	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos
por medicamento recetado.	por medicamento recetado.
Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,310, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).

Cambios en la Etapa de brecha en cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha en cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha en cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan para 2017.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año próximo, pero si desea cambiarse en 2017, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- --O-- También puede cambiar a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare y si desea comprar una póliza suplementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2017*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Debido a que es elegible tanto para Medicare como Medicaid, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede pasarse a otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o sin ella) o pasarse a Medicare Original (con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Ohio, SHIP se llama Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP). Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) es un programa independiente (no afiliada con ninguna empresa de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare. Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) le pueden ayudar con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede comunicarse con el Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) al (800) 686-1578. Puede conocer más sobre el Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP), visitando su página web <http://www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx>.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si usted califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, los 7 días de la semana;
 - Comuníquese con la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Costo compartido de recetas médicas para personas con VIH / SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH / SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado o subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de receta médica para el Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP), teléfono: (800) 777-4775 . Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP), teléfono: (800) 777-4775 .

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584. (Sólo para TTY, llamar al 711.) Estamos disponibles por teléfono los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estas líneas son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura* 2017 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2017. Para obtener detalles, puede consultar la *Evidencia de cobertura* de 2017 para Molina Medicare Options Plus HMO SNP. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* en este sobre.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en <http://www.molinahealthcare.com/medicare> . Como recordatorio, nuestra página web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el

localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2017*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2017*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, usted puede llamar Departamento de Medicaid de Ohio al (800) 324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.