

2026

Aviso Anual de Cambios

Central Health Dual Access Plan
(HMO D-SNP)

California H5649-024-000

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre
de 2026

H5649_26_024_CA_ANOC_M

CA-H5649-24-AC-ES-26-L



Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ofrecido por Central Health Plan of California, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted* 2026.
- Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los cambios. Hay más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en centralhealthplan.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. **Horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. **Del 1 de abril al 30 de septiembre,** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas o en otros formatos, como letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (866) 314-2427, (TTY:711). Esta llamada es gratuita.

Acerca de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa California Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Central Health Plan

of California, Inc. Cuando en este documento se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en** Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

H5649_26_024_CA_ANOC_M

Aviso anual de cambios para 2026

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2026	6
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	14
Sección 1.1 Cambios en el plan prima mensual	14
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de su bolsillo	14
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	16
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	17
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	18
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	25
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados	26
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	41
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	48
Sección 3.1 Plazo para cambiarse de plan	50
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?	50

SECCIÓN 4

**Obtenga ayuda para pagar medicamentos
recetados**

52

SECCIÓN 5

¿Tiene preguntas?

54

Sección 5.1

Obtenga ayuda de Central Health Dual Access
Plan (HMO D-SNP)

54

Sección 5.2

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare ...

56

Sección 5.3

Obtenga ayuda de Medicare

58

Sección 5.4

Obtenga ayuda de Medicaid

59

Resumen de costos importantes para 2026

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2025 y de 2026 para Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Para más información, visite la Sección 1.1.	\$0	\$0
Consultas al médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Consultas médicas a especialistas	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Hospitalizaciones	\$0 de copago	\$0 de copago

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día	El plan cubre hasta 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados durante cada periodo de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Comenzaremos a aplicar automáticamente los días de reserva de por vida a menos que usted nos indique específicamente que no lo hagamos	El plan cubre hasta 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados durante cada periodo de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Comenzaremos a aplicar automáticamente los días de reserva de por vida a menos que usted nos indique

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
como paciente internado.	(consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios).	específicamente que no lo hagamos (consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios).
Cobertura de medicamentos de la Parte D	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro mensual (31 días) adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:	Deducible: \$550 Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos para los medicamentos de la categoría 1 y 6, y el costo aplicable de los medicamentos de las categorías 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.	Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: Categoría 1 de medicamentos: \$0 de copago Categoría 2 de medicamentos: \$0, \$1.60 o \$2 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 3 de medicamentos: \$0, \$1.60, o \$5.10 de copago para

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos) \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos Categoría 4 de medicamentos: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		\$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 5 de medicamentos: \$0, \$1.60, o \$5.10 de copago para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos) \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		Categoría 6 de medicamentos: \$0 de copago Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$9,350 Si es elegible para la asistencia de de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250 Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en el plan prima mensual

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de su bolsillo

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año

	2025 (este año)	2026 (el próximo año) calendario.
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Nuestra prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambió para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores* de 2026 en centralhealthplan.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en centralhealthplan.com.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para

pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestros proveedores durante la mitad del año, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias cambió para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026 en centralhealthplan.com para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en centralhealthplan.com.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestras farmacias durante la mitad del año, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)	Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada MyChoice con una asignación trimestral combinada de \$150	Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada MyChoice con una asignación trimestral

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	para artículos OTC y audífonos OTC.	combinada de \$120 para artículos OTC.
Beneficios adicionales de telesalud	Usted paga \$0 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos de atención primaria, los servicios de quiropráctica, los servicios de terapia ocupacional, los servicios de médicos especialistas, las sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, las sesiones grupales de servicios de especialidades de	Usted paga \$0 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de rehabilitación cardíaca, los servicios de médicos de atención primaria, los servicios quiroprácticos, los servicios de terapia ocupacional, los servicios de médicos especialistas, las sesiones individuales de servicios de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	salud mental, los servicios de podología, otros profesionales de la salud, las sesiones individuales de servicios psiquiátricos, las sesiones grupales de servicios psiquiátricos, los servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para	especialidades de salud mental, las sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, los servicios de podología, otros profesionales de la salud, las sesiones individuales de servicios psiquiátricos, las sesiones grupales de servicios psiquiátricos, los servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, los servicios del programa de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	tratamiento de opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
Servicios de apoyo en el hogar	Usted paga \$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario a través de uno de los proveedores aprobados de nuestro plan.	Este no es un beneficio suplementario cubierto.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios para la vista (suplementarios)	¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: Un examen de la vista de rutina cada año calendario. Una asignación de elementos para la vista de \$300 Puede usar su asignación de elementos para la vista para comprar: Lentes de contacto* Anteojos (lentes y	¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: Un examen de la vista de rutina cada año calendario. Una asignación de elementos para la vista de \$200 Puede usar su asignación de elementos para

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	monturas) Lentes o monturas de anteojos Mejoras (como lentes tintados, U-V, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de	la vista para comprar: Lentes de contacto* Anteojos (lentes y monturas) Lentes o monturas de anteojos Mejoras (como lentes tintados, U-V, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	elementos para la vista del plan. Usted paga \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.	pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. Usted paga \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.
Beneficio de comidas: después del alta (suplementario)	Este no es un beneficio suplementario cubierto.	Bajo este beneficio, el administrador de casos del plan identificará qué miembros califican. Usted obtiene 2 comidas al día. Los tipos de comida se

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Máximo del plan de 2 semanas al año, total de 56 comidas.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a una categoría de distribución de costos diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén**

cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de distribución de costos.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su profesional que expide recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción y/o intentar encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY llaman al 711).

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

¿Recibe usted Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra Extra Help), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado material por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados*, en el que se describen los costos de los medicamentos que le corresponden. Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Existen 3 **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de brecha en la cobertura y el Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de bolsillo de sus medicamentos (sus pagos) del año hasta la fecha un total de \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, usted permanece en la etapa el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura también se reemplazó por el Programa de Descuentos de Fabricantes. Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	\$0	\$550 Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos para los medicamentos de la categoría 1 y 6, y el costo aplicable de los medicamentos de las categorías 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento recetado para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más

información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 1 / (Medicamentos genéricos preferidos): Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro mensual (31 días) adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de	\$0 de copago del costo total

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	varias fuentes: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por medicamento recetado. Usted paga \$0 por medicamento recetado. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su	

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	
Categoría 2 (Medicamentos genéricos):	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes:	\$0, \$1.60 o \$2 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 3 (Medicamentos de marca preferida):	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos:	\$0, \$1.60, o \$5.10 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos) \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$0 por receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	
Categoría 4 (Medicamento no preferido):	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría.	\$0, \$1.60, o \$5.10 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los	marca que reciben tratamiento de genéricos) \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	
Categoría 5 (Medicamentos especializados):	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de	\$0, \$1.60, o \$5.10 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos) \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su	todos los demás medicamentos recetados.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	
Categoría 6 (Medicamentos de atención selecta):	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes:	\$0 del costo total

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta. Una vez que haya pagado \$2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). Su distribución de costos es \$0 en la Etapa de Cobertura Catastrófica.	

Cambios en su beneficio de la Parte D del VBID

En 2025, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) participó en el modelo Value Based Insurance Design (VBID), pero este programa desaparecerá este año. Como parte del beneficio de la Parte D del Modelo VBID, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ofrece la eliminación de la distribución de costos para los medicamentos de la Parte D. Debido a que este programa ha finalizado, es posible que los miembros tengan una distribución de costos de todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de cobertura. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas.

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, revise el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Estamos realizando cambios administrativos para el año próximo. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Tivity ya no es un proveedor contratado para el 2026.	Sus beneficios de acondicionamiento físico/gimnasio fueron administrados por Tivity D.B.A. SilverSneakers.	Para 2026, el proveedor de acondicionamiento físico/gimnasio contratado es Silver&Fit.
Healthrageous ya no es un proveedor contratado para el 2026.	Sus servicios de comidas estaban disponibles a través de Healthrageous.	Para 2026, el proveedor de servicios de entrega de comida a domicilio contratado es NationsBenefits.
Aloecare ya no es el proveedor contratado para 2026.	Sus beneficios PERS fueron administrados por Aloecare.	Para 2026, el proveedor PERS contratado es Medical Guardian.
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de	No se aplica.	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicare		es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos recetados dividiéndolos en pagos mensuales que varían durante el año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese al (866) 314-2427 (TTY: 711) o visite Medicare.gov

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)	Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas elegibles y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos. Las afecciones crónicas elegibles son: • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus	Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas elegibles y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos. Las afecciones crónicas elegibles son: • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	• Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedad renal	• Diabetes mellitus • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Cáncer • Trastornos autoinmunitarios

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		• Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		• Postrasplante de órgano • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Condiciones con desafíos funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		• Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), no debe hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción automáticamente de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará su inscripción automáticamente de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY llaman al 711). O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pregunte cómo debe hacer para cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya al Capítulo 1, Sección 4.4 de su *Evidencia de Cobertura*).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov. consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 6) o comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazo para cambiarse de plan

Las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda Extra (Extra Help) para pagar sus medicamentos
- Tienen o abandonan la cobertura del empleador
- Se mudan del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- o Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- o Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática), o
- o Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos independiente de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante 2 meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los planes de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califiquen para este beneficio no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia de distribución de costos de medicamentos recetados para personas con HIV/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa que viven con HIV/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el HIV que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de distribución de costos de medicamentos recetados a través de Office of AIDS. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al (916) 449-5900. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de Medicare Part D.
- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (de enero a

diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago.

Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos recetados.

- La Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY debe llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Obtenga ayuda de Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427. (Los usuarios de TTY deben llamar al: 711).**

El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2026.**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2026 de Central Health Dual Access Plan (HMO D-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 seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en centralhealthplan.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite centralhealthplan.com**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como Alameda County:

Legal Assistance for Seniors

(510) 839-0393

Contra Costa County:

Contra Costa County Aging & Adult Services

(925) 655-1393

Fresno County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Imperial County:

Elder Law & Advocacy

(760) 353-0223

Kern County:

Kern County Aging and Adult Services

(661) 868-1000

Kings County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Madera County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Orange County:

Council on Aging – Southern California, Inc.

(714) 560-0424

Placer County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

San Francisco County:

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)

(415) 677-7520

San Joaquin County:

Legal Services of Northern California

(209) 470-7812

San Mateo County:

Self Help For The Elderly (San Mateo County)

(650) 627-9350

Santa Clara County:

Sourcewise

(408) 350-3239

Solano County:

Senior Advocacy Services-HICAP

(707) 526-4108

Stanislaus County:

Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services

(209) 558-4540

Tulare County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Yolo County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

Llame para conseguir asesoramiento personalizado sobre el seguro médico. Pueden ayudarle a entender las opciones que tiene en cuanto a planes de Medicare y Medicaid y responder sus preguntas sobre el cambio a otro plan. Obtenga más información sobre visitando (<https://www.aging.ca.gov/hicap>).

Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov.**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- Visite www.Medicare.gov.

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y la clasificación por estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

- Lea *Medicare y Usted 2026*

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a todas las personas que tienen Medicare todos los años, en otoño. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.4 Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a California Department of Health Care Services al (916) 449-5000. Usuarios de TTY 711.

Información adicional importante sobre la atención médica y recursos para los miembros

- **Aviso electrónico (ELN): cómo obtener documentos importantes**
- **Mensaje sobre no discriminación (NDN) - Sección 1557**
- **Aviso de disponibilidad (NOA) - Servicios de asistencia de idiomas**
- **Aviso de prácticas de privacidad (NPP)**

Cómo obtener documentos importantes del plan



¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan 2026 al igual que su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2025.

Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (EOC):** Una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias:** Lista de médicos, especialistas y farmacias de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor o una farmacia de la red en nuestro directorio en línea en CentralHealthPlan.com/doctor.
- **Aviso de prácticas de privacidad:** Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice.

¿Cómo puedo ver o solicitar una copia de un documento del plan?



En línea en CentralHealthPlan.com

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan de 2026 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2025.



En línea en MyCHPportal.com.

Visite nuestro portal de autoservicio para miembros para ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión en el portal para miembros y configure una cuenta MyCHPportal.com. Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



Llame sin costo

Infórmenos si no tiene acceso a la computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa de la EOC, del o del Directorio de Proveedores y Farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de tarjeta de identificación, **de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.**

Estamos aquí para ayudarle

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros **al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.**

Aviso de no discriminación

Sección 1557

Central Health Plan



La discriminación va en contra de la ley. Central Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales. Central Health Plan no discrimina ilegalmente, ni excluye gente o la trata de modo diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, linaje, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Central Health Plan proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna para personas con discapacidades, para ayudarlos a comunicarse mejor, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos de manera oportuna para personas cuyo primer idioma no sea inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.

- Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Central Health Plan entre de 8 a.m. a 8 p.m. llamando al (866) 314-2427. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711. Si lo desea, puede disponer de este documento en sistema Braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Por teléfono: 1-866-606-3889. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que Central Health Plan no brindó estos servicios o discriminó de manera ilegal de otra manera por motivo de sexo, raza, color, religión, linaje, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan. Puede

presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan entre las 8:30 a.m. y las 5:30 p.m. al 1-866-606-3889. O bien, si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- En persona: Visite la oficina de su médico o las oficinas de Central Health Plan e indique que desea presentar una queja.
- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@MolinaHealthcare.com. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan's en MolinaHealthcare.Alertline.com.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de

Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o para el habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** Presente un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Por vía electrónica:** Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Si cree que se lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services de manera

electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de audición o para el habla, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Hay formularios de queja disponibles en [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

- **Por vía electrónica:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (866) 314-2427 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (866) 314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով:

Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոջոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិម សូមទូរសព្ទទៅលេខ
(TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ (866) 314-2427

ទូរសព្ទមកលេខ (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ (866) 314-2427

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (866) 314-2427 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (866) 314-2427 (711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (866) 314-2427 (711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

(866) 314-2427

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。(866) 314-2427 (711) までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (866) 314-2427 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ
ໃຫ້ໂທຫາເບີ (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ
ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທ⁽⁸⁶⁶⁾ 314-2427
(711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.
(866) 314-2427

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac
daaih lorx taux (866) 314-2427 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx
mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc
aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun
longc. Douc waac daaih lorx (866) 314-2427 (TTY: 711). Naaiv
deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx
mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ

(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ

ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,

ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ

ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

(866) 314-2427

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados de Molina Healthcare (denominados en este documento “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”). Usamos y compartimos información médica protegida (“**PHI**”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

Para tratamientos

Podemos usar o compartir su PHI para darle o facilitarle su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Podemos utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Podemos usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan médico. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad;

- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma);
- Realizar o facilitar revisiones médicas;
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento;
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan médico. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad pública o de una persona.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales sobre el uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidas agresiones sexuales, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, médicas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta, cuando se aplique a nosotros.

Información sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD).

Aunque no somos un programa de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias bajo la ley federal (un “Programa SUD”), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra

a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted hayamos recibido un aviso y una oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones de la PHI (compartir su PHI)**

Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de la PHI**

Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamaciones y otros asuntos como nuestro miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la

solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- A personas sobre su propia PHI;
- La información compartida con su autorización;
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia;
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de

teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services). No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

¿Cuáles son nuestros deberes?

Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado;
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI;
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida;
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros;
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos algún cambio importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviaremos, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y acerca de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso también está disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

Información importante Molina Healthcare



CAACES26L00358