2026

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Washington H5823-013-002

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

H5823_26_013_002_WA_ANOC_M

WA-H5823-13-2-AC-ES-26-L

MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ofrecido por Molina Healthcare of Washington, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Molina Medicare Complete Care (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 Molina Medicare Complete Care (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 MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (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 (800) 665-1029, (TTY:711). Esta llamada es gratuita.

Acerca de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Washington Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Washington, Inc. Cuando en este documento se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en** Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Molina Medicare Complete Care (HMO

D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

H5823_26_013_002_WA_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 .. 13
Sección 1.1 Cambios en el plan prima mensual 13
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de su bolsillo 13
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 14
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 15
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 16
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 23
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados 24

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 36

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 41
Sección 3.1 Plazo para cambiarse de plan 42
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año? ... 43

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados .. 44

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? 47
Sección 5.1 Obtenga ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 47
Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 48
Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare 48
Sección 5.4 Obtenga ayuda de Medicaid 49

Resumen de costos importantes para 2026

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2025 y de 2026 para Molina Medicare Complete Care (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 Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios	$0 de copago El plan cubre hasta 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados durante cada periodo de beneficios. También tiene una cobertura	**$0 de copago** **El plan cubre hasta 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados durante cada periodo de beneficios. También tiene una**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
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 como paciente internado.	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 (consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios).	**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 (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	**Deducible: $615** **Durante esta etapa, usted paga $0 de distribución de costos para los medicamentos de la**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	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 medicamento recetado.	**categoría 1 y 6, y el costo aplicable de los medicamentos de las categorías 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.** **Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Categoría 1 de medicamentos:** **$0 de copago** **Categoría 2 de medicamentos:** **$0, $1.60, o $5.10 de copago para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos)**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		$0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos **Categoría 3 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** **Categoría 4 de medicamentos:** **$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $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 máximo 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.	**$9,200** **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	$9,350	**$9,200** **Una vez que haya pagado $9,200 de su bolsillo por los**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
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. 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.		**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 calendario.**

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 MolinaHealthcare.com/Medicare 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 MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (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 (800) 665-1029 (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 MolinaHealthcare.com/Medicare para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (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 (800) 665-1029 (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)
Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI): alimentos y productos agrícolas	El beneficio está cubierto como Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). Quienes	**El beneficio está cubierto como Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI).**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	califican reciben una asignación de $50 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. La cobertura de SSBCI solo es para miembros con afecciones crónicas específicas.	**Quienes califican reciben una asignación de $100 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. La cobertura de SSBCI solo es para miembros con afecciones crónicas específicas.**
Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice)	Tenía una tarjeta de débito prefinanciada de MyChoice con una asignación combinada de servicios de OTC y transporte y una asignación separada de alimentos y productos agrícolas de SSBCI.	**Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada MyChoice con una asignación mensual combinada de $30 para artículos OTC y audífonos OTC.**
Beneficios adicionales de telesalud	Usted paga $0 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médico de atención	**Usted paga $0 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de rehabilitación**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	primaria.	**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 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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		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 pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
Servicios de transporte para ubicaciones del plan aprobado (suplementario)	Usted recibe una asignación de $140 por mes para acceder al transporte. Esta asignación se combina con el beneficio de	**Si tiene un plan médico de Molina Apple Health, sus beneficios incluyen servicios de transporte**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	artículos OTC.	**disponibles para los miembros que califiquen. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información sobre el beneficio.**
Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)	Usted recibe $140 por mes para los artículos OTC. Esta asignación se combina con el beneficio de servicios de transporte.	**Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada MyChoice con una asignación mensual combinada de $30 para un artículo OTC.**
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS) (Suplementario)	Bajo este beneficio, el administrador de casos del plan identificará qué miembros califican. Usted obtiene un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de	**Este no es un beneficio suplementario cubierto.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	emergencia.	
Audífonos de venta libre (OTC) (suplementarios)	Usted recibe 2 audífonos OTC cada 2 años.	**Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada de MyChoice con una asignación mensual combinada de $30 para audífonos OTC.**
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 $200 Puede usar su asignación de	**¡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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	elementos para 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 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	**vista de $250 Puede usar su asignación de elementos para 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 pagar los artículos para la vista correctivos que**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.	**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.**

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 (800) 665-1029 (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 (800) 665-1029 (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	**$615** **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 propio 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	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:	**$0 de copago del costo total**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
en la Lista de Medicamentos.	**Medicamentos genéricos y preferidos de 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:** 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 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	**$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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	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 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.	**los demás medicamentos recetados.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 4 (Medicamento no preferido):	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:** Usted paga **$0** por receta. Una vez que haya pagado $2,000 de su	**$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)
	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 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 costos estándar: **Medicamentos genéricos y preferidos 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 todos los demás medicamentos recetados.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	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 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.	**$0 del costo total**

	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 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.	

Cambios en su beneficio de la Parte D del VBID

En 2025, Molina Medicare Complete Care (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, Molina Medicare Complete Care (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)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	No se aplica.	**El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de 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 (800) 665-1029 (TTY: 711) o visite Medicare.gov .**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Su contrato/paquete de beneficios del plan (PBP) cambió.	H5823-006-000	**H5823-013-002**
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: • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares	**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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	• Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos	• **Trastornos pulmonares crónicos** • **Enfermedad renal crónica (CKD)** • **Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)** • **Cáncer** • **Trastornos autoinmunitarios** • **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico** • **Enfermedad gastrointestinal crónica**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	• Accidente cerebrovascular	• **Trastornos hematológicos graves** • **VIH/SIDA** • **Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes** • **Trastornos neurológicos** • **Accidente cerebrovascular** • **Postrasplante de órgano** • **Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores** • **Afecciones asociadas con deterioro cognitivo** • **Condiciones con desafíos**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		funcionales • **Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato** • **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 Molina Medicare Complete Care (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 Molina Medicare Complete Care (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 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará su inscripción automáticamente de Molina Medicare Complete Care (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 (800) 665-1029 (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

- 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.

- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de su estado.** Washington cuenta con un programa llamado Washington State Health Insurance Pool que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **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 EIP Early Intervention Program. 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 línea gratuita en el estado de WA: (877) 376-9316; Oficina: (360) 236-3426; TTY: 711. 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 (800) 665-1029 (los usuarios de TTY debe llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Obtenga ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029. (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 Molina Medicare Complete Care (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 MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite MolinaHealthcare.com/Medicare**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio 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 Washington, el SHIP se conoce como Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA).

Llame a Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) para 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. Llame a Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) al (800) 562-6900. Obtenga más información sobre Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) visitando (https://www.insurance.wa.gov/insurance-resources/medicare/get-free-medicare-help-shiba).

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 Washington State Health Care Authority (HCA) al (800) 562-3022. 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 MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **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 https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx.

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

En línea en MolinaHealthcare.com/Medicare
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 MyMolina.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 My Molina y configure una cuenta **MyMolina.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 Formulario 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
Molina Healthcare - Medicare

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación por sexo descrita en § 92.101(a)).

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios sin costo alguno, oportunamente:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- Molina Healthcare proporciona servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si cree que le discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar

una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja, le ayudaremos. Puede acceder nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web en **MolinaHealthcare. com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination. aspx**

Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Sitio web: MolinaHealthcare.Alertline.com

También puede presentar un reclamo (queja) de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos en línea a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf por correo postal o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en: **HHS.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助 工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提 供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔 助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַבטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפּראַך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d’adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں- قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں- ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں-

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Helfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፣ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች

እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจาตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائهدهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa’aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua l limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala’au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ*ភាសាខ្មែរ*
សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ
និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន
ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។
ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID
របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາ
ມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ
ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်ကတိၤ ကညီကျိာ် အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၫ်ဘူဉ်လၫ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနှ့်အီၤသ့တဖဉ် လၢတလၫ်ဘူဉ်လၫ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလိတဲစိနီဉ်ဂံၢ်လၢ အိဉ်ဖဲနလံာ်အုဉ်သး (ID) ခးကဲ့အလိၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ဉ်နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲနှဉ် တကွၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poleđini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poleđini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहँचयोग्य ढाँचाहरूमा उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọrùn ló wà lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọ́mbà Àwọn iṣẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ tàbí bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiik'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkááł nihá kéé' hóló. T'áá ajiłii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodooníígíí biniiyé t'áá jíík'eh nihá kéé' hóló Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleeł ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah

tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Syriac

ܫܡܘܥ ܠܟ: ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܣܘܪܝܝܐ ، ܫܘܬܦܐ ܕܠܫܘܢ ܐܬ ܠܟ ܒܚܒܪܬܐ ܕܐܝܬ ܠܟ ܙܒܢ ܕܝܠܟ ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܣܘܪܝܝܐ. ܐܦ ܫܘܬܦܐ ܕܠܫܘܢ ܐܬ ܠܟ ܒܚܒܪܬܐ ܕܐܝܬ ܠܟ ܙܒܢ ܕܝܠܟ ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܣܘܪܝܝܐ. ܐܦ ܫܘܬܦܐ ܕܠܫܘܢ ܐܬ ܠܟ ܒܚܒܪܬܐ ܕܐܝܬ ܠܟ ܙܒܢ ܕܝܠܟ ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܣܘܪܝܝܐ

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.

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)

¿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. 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

WAACES26L00432