

2022

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Arizona H8845-001

Sirviendo a los condados de: Gila, Maricopa y Pinal

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2022

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Magellan Complete Care of Arizona (HMO D-SNP). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 3.1, 3.2 y 3.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con diferente costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2022 y consulte la Sección 3.6 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite **[go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices)** y haga clic en el enlace “dashboards” (Tableros) que se encuentra en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el siguiente año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Vea las secciones 3.3 y 3.4 para información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

- Piense en los costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en la página web **www.medicare.gov/plan-compare**.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted 2022.
 - Lea la Sección 5 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en el plan Molina Medicare Complete Care.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la sección 5.2, página 19, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**.

- Si usted no se inscribe a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en el plan Molina Complete Care.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) al **1-800-424-4509** para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de octubre al 21 de marzo, 7 días a la semana)
- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y en formatos alternativos. Por favor comuníquese con el número de Servicios al Miembro al **1-800-424-4509 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete (7) días de la semana.
- Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (El IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

Acerca de Molina Healthcare of Arizona, Inc.

- Producto ofrecido por Molina Healthcare of Arizona, Inc., una subsidiaria de Molina Healthcare, Inc.
- Molina Medicare Complete Care es un plan de salud administrado con un contrato de Medicare Advantage. La inscripción en Molina Medicare Complete Care depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Medicare Complete Care (Molina Healthcare of Arizona, Inc.). Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Medicare Complete Care.
- Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-800-424-4509, (TTY 711)** para obtener más información.
- Molina Healthcare cumple con las leyes Federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara entre los años 2021 y 2022 los costos de Molina Medicare Complete Care en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MCCofAZ.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$ 0 por el deducible, consultas con el médico e internaciones en el hospital.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. (Consulte la Sección 3.1 para obtener más detalles).</p>	\$ 0	\$ 0
<p>Consultas con el médico</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$ 0 por consulta</p> <p>Visitas a especialista: \$ 0 por consulta</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$ 0 por consulta</p> <p>Visitas a especialista: \$ 0 por consulta</p>
<p>Internación en hospital</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	\$ 0 por estadía	\$ 0 por estadía

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$ 0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de fuentes múltiples:</p> <p>Usted paga \$0/\$1.30/\$3.70 por receta médica</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$ 0/\$4.00/\$9.20 por receta médica</p>	<p>Deducible: \$ 0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de fuentes múltiples:</p> <p>Usted paga \$ 0/\$1.35/\$3.95 por receta médica</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$ 0/\$ 4.00/\$ 9.85 por receta médica</p>
<p>Suma máxima de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted va a pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos.</p> <p>(Consulte la Sección 3.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan	6
SECCIÓN 2 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente.....	6
Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual.....	6
Sección 2.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo.....	6
Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores.....	7
Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias.....	8
Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	8
Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D.....	11
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos.....	14
SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	15
Sección 4.1 – Si quiere permanecer en Molina Medicare Complete Care HMO D-SNP)	
Sección 4.2 – Si decide cambiar de plan.....	15
SECTION 5 Cambiar de Plan.....	16
SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre	
Medicare y Medicaid.....	16
SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados.....	17
SECTION 8 ¿Preguntas?.....	17
Sección 8.1 – Recibir ayuda de Molina.....	17
Sección 8.2 – Recibir ayuda de Medicare.....	18
Sección 8.3 – Recibir ayuda de Medicaid.....	18

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan

El 1 de enero del 2022, nuestro nombre de plan cambio de Magellan Complete Care of Arizona (HMO SNP) a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Como Miembro de nuestro plan, usted no tendrá que hacer nada — usted trabajará con las mismas personas y verá a los mismos doctores. Usted no perderá su cobertura o beneficios a causa de este cambio.

Nuestro sitio web y el correo que reciba de nosotros se verá diferente. Usted recibirá nuevas tarjetas de identificación de miembro próximamente, y éstas se verán diferentes también.

Molina Healthcare ha cuidado de personas a través de los Estados Unidos por 40 años. Así que usted verá algunos beneficios nuevos incluidos en este cuadernillo. Para saber más de su plan, visite www.MCCofAZ.com.

SECCIÓN 2 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiete

Sección 2.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted.	\$ 0	\$ 0

Sección 2.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “suma máxima de su bolsillo”. Una vez que

alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Suma máxima de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. Un directorio actualizado de *Proveedores y Farmacias* se encuentra en nuestro sitio web en www.MCCofAZ.com.

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

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

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el siguiente año. Puede encontrar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en **www.MCCofAZ.com**. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2022* para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 2.5 – 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.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2022*. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en **www.MCCofAZ.com**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Ítem	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios de audición (suplementarios)	Dispositivos auditivos están cubiertos cada tres años; hasta \$1,250	Dispositivos auditivos están cubiertos cada año; hasta \$1,250
Terapia escalonada Medicare Parte B	No aplica	Terapia escalonada de Parte B puede ser requerida al recibir medicamentos Parte B recetados.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p>Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OUD, opioid use disorder) están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, opioid use disorder) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, Opioid Treatment Program), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment MAT) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Actividades y exámenes de toxicología para admisión • Pruebas periódicas <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
Otros servicios profesionales de cuidados de la salud <ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de salud mental • Servicios psiquiátricos • Servicios adicionales de telesalud 	No se requiere autorización previa.	Puede que se requiera autorización previa.
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	Puede que se requiera autorización previa para algunos servicios.	No se requiere autorización previa para servicios ambulatorios de rayos x.

Ítem	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Puede que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios Ambulatorios de Tratamiento de Abuso de Sustancias	No se requiere autorización previa.	Puede que se requiera autorización previa.
Elementos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	Asignación de \$ 20 cada trimestre para medicamentos de venta libre (OTC)	Asignación de \$45 cada trimestre para medicamentos de venta libre (OTC)
Tecnologías de Acceso Remoto	No disponible	Línea directa de enfermería.
Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco	Visitas adicionales a las Medicare no están cubiertas.	La cobertura incluye 8 visitas adicionales a Medicare.
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>Para aquellos con ciertas condiciones.</p> <p>Favor de referirse a su Evidencia de Cobertura para criterios específicos y requerimientos de cobertura.</p>	Sin cobertura	<p>Aquellos que califican para recibir una asignación de \$ 150 cada trimestre (3 meses) para acceder a alguno de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones de Salud Mental y Bienestar • Suplementos para Animales de Servicio <p>Al aprobarse, su tarjeta de débito MyChoice será cargada con su asignación para que pueda acceder su beneficio. La asignación expira al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre.</p> <p>Puede que se requiera la participación en un programa de administración del cuidado.</p>
<p>Beneficios de la vista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista • Anteojos 	<p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Los anteojos están cubiertos cada dos años; hasta \$200</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>Los anteojos están cubiertos todos los años; hasta \$200</p>

Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

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

- **Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros** actuales a pedir una excepción antes del siguiente año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale al médico (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica.

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

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o será sujeto a alguna restricción el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente. Le daremos una respuesta a su petición por una excepción antes de que el cambio entre en vigor.

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

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede que no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, 2021, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “cláusula adicional LIS”.

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

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

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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



Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de fuentes múltiples: Usted paga \$ 0/\$ 1.30/\$ 3.70 por receta médica</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$ 0/\$4.00/\$9.20 por receta médica</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de fuentes múltiples: Usted paga \$ 0/\$1.35/\$3.95 por receta médica</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$ 0/\$4.00/\$9.85 por receta médica</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

La Etapa de brecha en cobertura y la Etapa de cobertura de catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Ítem	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Magellan Complete Care fue adquirido por Molina Healthcare, Inc. y estos cambios sucedieron:		
<ul style="list-style-type: none"> • Propietario y administrador de su plan de salud • Información de Contacto 	 <p>Magellan Complete Care of Arizona, Inc.</p> <p>5055 E. Washington St. Suite 210 Phoenix, AZ 85034</p>	 <p>Molina Healthcare, Inc.</p> <p>200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802</p>
A partir del 1 de enero del 2022 los cambios adicionales incluirán:		
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio del nombre del programa • Tarjetas de identificación de miembro • Dirección para reclamos • Dirección de reembolso directo para miembros • Servicios de salud conductual • Servicios de farmacia 	<p>Magellan Complete Care of Arizona, Inc. (HMO SNP)</p> <p>Enviado a miembros etiquetados como MCC of AZ (HMO SNP)</p> <p>MCC of AZ (HMO SNP) Attn: Departamento de Servicios para Miembros de 58 Charles Street Cambridge, MA 02141</p> <p>MCC of AZ (HMO SNP) Attn: Operaciones de reclamos – Reembolsos de miembros 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, MA 02451</p> <p>Magellan Complete Care Behavioral Health</p> <p>Express Scripts</p>	<p>Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) by Molina Healthcare of Arizona, Inc.</p> <p>Será enviado a miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)</p> <p>Molina Healthcare Departamento de Reclamos 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p> <p>Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services P.O. Box 93152 Long Beach, CA 90809</p> <p>Molina Healthcare Salud Conductual</p> <p>CVS/Caremark</p>

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 4.1 – Si quiere permanecer en Molina Medicare Complete Care HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente el plan de Molina Medicare Complete Care del 2022.

Sección 4.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el siguiente año, pero si desea cambiarse para el 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- --O-- También puede cambiarse a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico) (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Segundo paso: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Usted será dado de baja automáticamente del plan MCC of AZ (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será dado de baja automáticamente del plan MCC of AZ (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - – o – comuníquese con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cambiar de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el siguiente año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero del 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional (Extra Help)” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP es llamado el Departamento de la División de Seguridad Económica del Envejecimiento y Servicios para Adultos de Arizona. Está disponible asistencia por parte de las Agencias de Área del Envejecimiento en los condados de Maricopa, Pinal y Gila.

- **Arizona SHIP para los condados de Pinal y Gila Teléfono: 520-836-2758**
- **Arizona SHIP para el condado de Maricopa Teléfono: 602-280-1059**

La División del Envejecimiento y Servicios de Adultos y Agencias del Área para el Envejecimiento del Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés) son independientes (no están conectadas con alguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. La División del Envejecimiento y Servicios de Adultos y Agencias del Área para el Envejecimiento del Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamarles al **1-800-432-4040 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede llamar a su Agencia de Área para el envejecimiento:

- **Condados Pinal & Gila Teléfono: 1-800-293-9393**
- **Condado de Maricopa Teléfono: 1-888-783-7500**

Puede conocer más sobre el Departamento de Seguridad Económica (DES) y su División de Envejecimiento y Servicios de Adultos y Agencias de Área en Envejecimiento visitando el siguiente sitio web

<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>

Para preguntas sobre sus beneficios Medicaid, contacte a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. En caso de ser necesario, puede contactar al servicio de relay AZ para personas con discapacidad auditiva **1-800-367-8939**. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional (Extra Help)” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help), utilice la siguiente información para comunicarse:
 - **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.
 - La oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de lunes a viernes, entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (aplicaciones); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del programa de asistencia de medicamentos de Arizona (ADAP MAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el proceso de inscripción en el programa, llame a **1-800-334-1540** o al **602-364-3610**.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Recibiendo ayuda de Molina

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-424-4509 (TTY 711)**. Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (de octubre 1 a marzo 31, 7 días a la semana). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura de 2022* para Molina Medicare Complete Care. 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. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.MCCofAZ.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.MCCofAZ.com. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*), además de nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (formulario/ Lista de Medicamentos).

Sección 8.2 – Recibiendo ayuda Medicare

Para obtener información directamente 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 deben llamar al **1-877-486-2048**.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y Usted 2022

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 8.3 – Recibiendo ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a AHCCCS al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., usuarios de TTY deben llamar al **1-800-367-8939**.

Obteniendo materiales importantes del Plan

Cómo Obtener Información y Documentos Importantes

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos obtener la información que usted necesita. Puede navegar por internet en cualquier momento, de cualquier lugar y dispositivo para:

- Leer documentos importantes del plan
- Encontrar un proveedor o farmacia dentro de la red
- Buscar sus medicamentos por receta

Sus documentos del plan 2022, como lo es su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias estarán disponibles en línea para el **15 de octubre del 2021**.

Conozca sus documentos del plan

- **Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés):** Una guía a lo que está cubierto dentro de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios del plan y cobertura, derechos de miembro y más.
- **Formulario (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos cubiertos dentro de su plan.
- **Directorio de Proveedores y Farmacias:** Lista de médicos dentro de la red, especialistas y farmacias con números de teléfono y direcciones.



Para más información: Conozca más sobre su plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) en www.MCCofAZ.com.



Vea sus documentos del plan: Vea o descargue una copia de sus documentos en línea. Use cualquier dispositivo – computadora, tablet o teléfono móvil. Visite www.MCCofAZ.com.



Visite nuestro portal de autoservicios para miembros: Puede ver sus documentos del plan y encontrar un proveedor y farmacia dentro del plan. A partir del 1 de enero del 2022, por favor visite MiMolina.com. Haga clic en "Crear una cuenta" (Create an Account) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



Llámenos sin costo: Háganos saber si no tiene acceso a computadora o si prefiere tener una copia impresa de su EOC, Formulario, o Directorio de Proveedores y Farmacias. Si tiene dudas acerca de sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia dentro de la red, nos puede llamar en cualquier momento.

Departamento de Servicios para
Miembros (800) 424-4509, TTY: 711

De lunes a viernes
(del 1 de octubre al 31 de marzo,
los 7 días de la semana)
8 a.m. a 8 p.m., hora local

**Página intencionalmente
en blanco**

**Página intencionalmente
en blanco**

**Página intencionalmente
en blanco**

