

2022

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

California H5810_001

Sirviendo a los condados de: Los Angeles, Riverside (parcial), San Bernardino (parcial) y San Diego

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



Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ofrecido por Molina Healthcare of California

Aviso Anual de Cambios para 2022

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Molina Medicare Complete Care (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 1.1 y 1.5 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 un costo compartido diferente?
 - ¿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 1.6 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”) 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?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener 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 el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Lea la Sección 2 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 en otro plan antes del 7 de diciembre del 2021, se lo inscribirá en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- 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 2, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

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

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra de molde grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, 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 (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

- Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of California. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- 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 los costos de 2021 y los costos de 2022 para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 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.MolinaHealthcare.com/Medicare. 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 siguiente año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta Visitas a especialista: \$0 de copago por consulta	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta Visitas a especialista: \$0 de copago por consulta
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en 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.	Copago de \$0 El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados en cada periodo de beneficios. También tiene 60 días adicionales de cobertura, llamados días de reserva de por vida. Estos 60 días solo se pueden utilizar 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 información	Copago de \$0 El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados en cada periodo de beneficios. También tiene 60 días adicionales de cobertura, llamados días de reserva de por vida. Estos 60 días solo se pueden utilizar 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 información

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
	sobre los periodos de beneficios)	sobre los periodos de beneficios)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: Copago de \$0, \$1.30 o \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica
Suma máxima de su bolsillo	\$4,500	\$7,550
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para la suma máxima de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para la suma máxima de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Aviso Anual de Cambios para 2022

Tabla de Contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente	5
Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias	6
Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	7
Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	14
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	14
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan	14
SECCIÓN 3 Cómo Cambiarse de Plan	15
SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	16
SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?	17
Sección 6.1 – Cómo Obtener Ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ...	17
Sección 6.2 – Cómo Obtener Ayuda de Medicare	18
Sección 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid	18

SECCIÓN 1 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

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

Sección 1.2 – 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 siguiente año)
Suma máxima de su bolsillo	\$4,500	\$7,550
No es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.		
		Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año natural.

Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir

información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias del 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 médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, 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 1.4 – 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 próximo año. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias del 2022* para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.**

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.

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.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Servicios del programa para el tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) de opioides agonistas y antagonistas aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos
- Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Pruebas periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Elementos de venta libre (OTC) (Suplementarios)	Usted tiene \$73 cada trimestre (3 meses) para gastar en elementos de OTC aprobados por el plan. La asignación pasa al siguiente trimestre.	Usted tiene \$210 cada trimestre (3 meses) para gastar en elementos de OTC aprobados por el plan. La asignación vence al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre. Los beneficios de OTC deben ser proporcionados por el proveedor contratado del plan.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Terapia progresiva de la Parte B (requiere que pruebe un medicamento específico para ver si puede ayudarlo antes de que se apruebe otro medicamento).	Sin cobertura	La terapia progresiva de la Parte B puede aplicarse a los medicamentos de la Parte B.
Cuidados para la vista (Suplementarios)	Tiene una asignación para elementos para la vista de \$350 cada 2 años naturales. Algunos servicios de rutina requieren autorización previa. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.	Tiene una asignación para elementos para los ojos de \$350 cada año natural. Los beneficios deben ser proporcionados por el proveedor contratado del plan. Es posible que haya cambios en algunos servicios de rutina que requieran autorización previa. Mientras usted esté consultando a un Proveedor de nuestra red, ese Proveedor de la Red obtendrá cualquier autorización previa requerida. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá obtener una Autorización Previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.
Servicios de audición (suplementario)	Puede obtener un ajuste/evaluación de audífonos una vez cada 2 años naturales.	Puede obtener un ajuste/evaluación de los audífonos una vez por año natural.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Equipo médico duradero (DME) y suministros protésicos/médicos	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización para alquiler o compra de equipo médico duradero (DME, Durable Medical Equipment) y costos de alquiler o compra de suministros médicos o prótesis superiores a \$500.
Autorizaciones Previas	Es posible que se requiera autorización previa para los siguientes beneficios: -Servicios de telesalud adicionales -Servicios de salud mental de especialistas -Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios -Servicios de podología -Servicios psiquiátricos Algunos servicios de rutina requieren autorización previa. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.	Es posible que se requiera autorización previa para los siguientes beneficios: -Servicios de telesalud adicionales -Servicios de salud mental de especialistas -Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios -Servicios de podología -Servicios psiquiátricos Puede que se requieran cambios en algunos servicios de rutina que requieren autorización previa. Mientras usted esté consultando a un proveedor de nuestra red, ese proveedor de la red obtendrá cualquier autorización previa requerida. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)	Sin cobertura	Aquellos que califiquen recibirán una asignación de \$150 cada trimestre (3 meses) para acceder a uno o más de los siguientes beneficios suplementarios: - Aplicaciones de salud mental y bienestar - Control de plagas - Suministros para animales de servicio -Kits de pruebas genéticas No cubiertas por Medicare Al momento de la aprobación, se cargará en su Tarjeta de Débito MyChoice su asignación para acceder a su beneficio. La asignación vence al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre.
Alimentos y productos agrícolas	Sin cobertura	Asignación de \$35 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Al momento de la aprobación, su Tarjeta de Débito MyChoice se cargará con su asignación para acceder a su beneficio.

Sección 1.6 – 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 solicitar 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.

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.

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la Lista de Medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en la red en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos “Ayuda Adicional (Extra Help)”, **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 (Extra Help)”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, 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 coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta médica Genérico - Categoría 2: Usted paga Copago de \$0, \$1.30 o \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$0, \$4.00 o \$9.20 para los demás medicamentos por receta médica	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta médica Genérico - Categoría 2: Usted paga Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$0, \$4.00 o \$9.85 para los demás medicamentos por receta médica

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
	<i>Marca preferida - Categoría 3:</i> Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica <i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i> Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica <i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i> Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica	<i>Marca preferida - Categoría 3:</i> Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica <i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i> Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica <i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i> Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación) Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta médica en	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).	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).

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>. Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de Medicamentos.		

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 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 2.1 – Si decide 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 en nuestro plan Molina Medicare Complete Care.

Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 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 Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare 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 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

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. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare 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 6.1 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 Original Medicare 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 3 Cómo Cambiarse de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1.º de enero de 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.º 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 Original Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º 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 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como *HICAP*.

HICAP es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro 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. Los asesores de HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a HICAP al

Condado de Los Angeles: (213) 383-4519

Condado de San Diego: (858) 565-8772

Condados de Riverside y San Bernardino: (909) 256-8369

Puede obtener más información sobre HICAP visitando el sitio web (<http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/>).

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Medicaid, comuníquese con California Department of Health Care Services al (916) 449-5000, TTY: 711, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 5 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 coseguros. 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 (solicitudes); o a
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (Aids Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar 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 del VIH, los bajos ingresos según lo definido por el estado y la 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 de Office of AIDS. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (916) 449-5900.

SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo Obtener Ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898. (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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 información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2022* para 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. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. 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 en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores

(*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo Obtener Ayuda de 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 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a California Department of Health Care Services al (916) 449-5000. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: 711.

