

2023

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

California H5810_013

Sirviendo al condado de: Imperial

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023.



Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) que ofrece Molina Healthcare of California

Aviso Anual de Cambios para 2023

Actualmente, se encuentra inscrito(a) como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. ***Consulte la página 5 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Mensualidad.***

En este documento, se le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Qué se debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (doctor u hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en mensualidades, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de la red el próximo año.
- 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. Utilice el localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. DECIDA: Decida si desea cambiarse de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2022, permanecerá en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2023**. Esto finalizará su inscripción en Molina Medicare Complete Care.
- Lea la sección 2 , página 16, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de cuidados especializados o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive en una o se acaba de mudar de una institución, puede cambiar de planes o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento.

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 desde los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local..
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-0898, (TTY:711). La llamada es gratuita.
- **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 (Patient Protection and Affordable Care Act, 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 Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care (HMO D-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 documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of California. Cuando se mencionan las palabras “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 de origen, 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.

H5810_23_013_CAANOC_M es

CAM13ACES0822S

Aviso anual de cambios para 2023

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2023 | 5 |
| SECCIÓN 1 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiete | 7 |
| Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual | 7 |
| Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo | 8 |
| Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias | 8 |
| Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos | 9 |
| Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D | 12 |
| SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir | 15 |
| Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) | 15 |
| Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan | 16 |
| SECCIÓN 3 Cómo Cambiarse de Plan | 16 |
| SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid | 17 |
| SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados | 17 |
| SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? | 18 |
| Sección 6.1 – Cómo Obtener Ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ... | 18 |
| Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 19 |
| Sección 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid | 19 |

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2022 y los costos del 2023 correspondientes a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|--|--|
| Mensualidad del plan* | \$0 | \$0 |
| * Su mensualidad puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | | |
| Consultas con el médico | Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta | Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta |
| Internación en hospital | Copago de \$0 El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados en cada período 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 sobre los períodos de beneficios) | \$0 de copago El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados en cada período 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 sobre los períodos de beneficios) |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|--|--|---|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de Medicamento 2: \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para todos los demás medicamentos • 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 todos los demás medicamentos recetados • 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 todos los demás medicamentos recetados | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de Medicamento 2: \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos • Categoría de Medicamento 3: \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados • Categoría de Medicamento 4: \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 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 todos los demás medicamentos recetados | <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamento 5: \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados |
| Suma máxima de su bolsillo | \$7,550 | \$8,300 |
| Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su propio 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 conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de su bolsillo por el monto máximo 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 conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de su bolsillo por el monto máximo de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|-----------------|-------------------------|
| Prima mensual (Usted debe continuar pagando su mensualidad de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted). | \$0 | \$0 |

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

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

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|-----------------|---|
| Suma máxima de su bolsillo | \$7,550 | \$8,300 |
| <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>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.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la suma máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.</p> | | <p>Una vez que haya pagado \$8,300 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.</p> |

Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien si desea solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias del 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias del 2023 para consultar las farmacias que forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores realizado durante la mitad del año lo(a) perjudica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de que podamos ayudarlo(a).

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso Anual de Cambios* se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

El próximo año, implementaremos cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

| Costo | 2022 (Este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|---|
| Transporte que no sea de emergencia (servicio suplementario) | Usted paga \$0 de copago por hasta 12 viajes de ida por año calendario a sitios aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia. | Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año calendario a sitios aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia. |
| Medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) (suplementarios) | Usted paga \$0 de copago con su Tarjeta MyChoice. Tiene una asignación de \$205 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos, productos y medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por el plan. | Usted paga \$0 de copago con su tarjeta MyChoice. Tiene una asignación de \$350 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos, productos y medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por el plan. |
| Servicios de Apoyo en el Hogar | Los Servicios de Apoyo en el Hogar <u>no están</u> cubiertos. | Usted paga \$0 de copago por hasta 192 horas de Servicios de Apoyo en el Hogar. |
| Servicios dentales. (servicios suplementarios) | Usted tiene una asignación máxima de \$2,000 por cada año natural para todos los servicios adicionales de cuidado dental integral, incluidas las dentaduras postizas. | Usted tiene una asignación máxima de \$4,000 por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. |

| Costo | 2022 (Este año) | 2023 (el siguiente año) |
|--|--|---|
| Cuidados de la vista (suplementario) | Tiene una asignación para artículos para la vista de \$550 cada 2 años calendario. | Tiene una asignación para artículos para la vista de \$500 por cada año calendario. |
| Servicios de audición (servicios suplementarios) | Usted paga \$0 de copago por un ajuste/evaluación de audífonos una vez cada dos años calendario. | Usted paga \$0 de copago por un ajuste/evaluación por cada año calendario. |
| Aparatos auditivos | Usted paga \$0 por hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada dos años calendario para ambos oídos combinados. | Asignación anual de \$3,000 para audífonos para ambos oídos combinados. |
| Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): alimentos y productos agrícolas | Asignación de \$35 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables. La asignación no utilizada no se traslada al mes siguiente. La asignación expira al final de cada año natural. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, trastornos pulmonares crónicos y accidente cerebrovascular. | Asignación de \$82 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta de débito MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables. La asignación no utilizada no se traslada al mes siguiente. La asignación expira al final de cada año natural. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Dependencia crónica del alcohol y otras drogas. Trastornos autoinmunes. Cáncer. Trastornos cardiovasculares. Insuficiencia cardíaca crónica. Demencia. Diabetes. Enfermedad hepática en etapa terminal. Insuficiencia renal en etapa terminal |

| Costo | 2022 (Este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|---|--|
| | | (End-stage renal disease, IRET). Trastornos hematológicos graves. VIH O SIDA. Trastornos pulmonares crónicos. Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Trastornos neurológicos. Accidente cerebrovascular. |
| <p>Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): control de plagas</p> | <p>Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación cada 3 meses para obtener servicios. La asignación no utilizada no se traslada al siguiente trimestre. La asignación expira al final de cada año natural. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: trastornos pulmonares crónicos. El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubiertas por Medicare y las aplicaciones de salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses.</p> | <p>Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación cada 3 meses para obtener servicios. La asignación no utilizada no se traslada al siguiente trimestre. La asignación expira al final de cada año natural. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Dependencia crónica del alcohol y otras drogas. Trastornos autoinmunes. Cáncer. Trastornos cardiovasculares. Insuficiencia cardíaca crónica. Demencia. Diabetes. Enfermedad hepática en etapa terminal. Insuficiencia renal en etapa terminal (End-stage renal disease, IRET). Trastornos hematológicos graves. VIH O SIDA. Trastornos pulmonares crónicos. Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Trastornos neurológicos. Accidente cerebrovascular. El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubiertas por Medicare y las aplicaciones</p> |

| Costo | 2022 (Este año) | 2023 (el siguiente año) |
|-------|-----------------|--|
| | | de salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses. |

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

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.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos es nuevo para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado(a) 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 doctor para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo(a) ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su “Cláusula Adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”.

En la siguiente información, se muestran los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Paga por Insulina – No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido en la que se encuentre.

• **Cómo Obtener Ayuda de Medicare** – Si eligió este plan porque buscaba cobertura para insulina a \$35 o menos por mes, es importante saber que es posible que usted disponga de otras opciones para el 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa Medicare Parte D. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si desea obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

• **Recursos Adicionales de Ayuda** – Comuníquese con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 si desea obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana.

Cambios en la etapa de deducibles

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|--|---|---|
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted. | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (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: | 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: |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|-------|---|--|
| | <p>Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para todos los demás medicamentos</p> | <p>Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos</p> |
| | <p><i>Marca preferida - Categoría 3:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica</p> | <p><i>Marca preferida - Categoría 3:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica</p> |
| | <p><i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica</p> | <p><i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica</p> |
| | <p><i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> | <p><i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i></p> <p>Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el siguiente año) |
|---|--|--|
| | \$0, \$4.00 o \$9.85 de copago para los demás medicamentos por receta médica | \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica |
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</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. 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.</p> <p>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.</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> | <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p> |

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 Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si quiere cambiar de plan para el 2023, siga estos pasos:

Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- *O*-- También puede cambiar 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, utilice el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) automáticamente.
- 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 si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.
 - – *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 año siguiente, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, pueden hacerlo las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2023 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 2023.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de cuidados especializados o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive en una institución o se acaba de mudar de una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento.

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 que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como HICAP.

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(a) si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo(a) a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar a HICAP al Condado de Imperial: (760) 353-0223. 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” 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:

- 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 8:00 a. m. a 7:00 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.
 - 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 contra el SIDA (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 Office of AIDS. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el proceso de inscripción 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 ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es los 7 días de 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 2023* (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 2023. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2023* 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. 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 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 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarlo(a) a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Este folleto se envía por correo postal 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 documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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 al California Department of Health Care Services al (916) 449-5000. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: 711.

