

2024

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

California H3038_001

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

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.



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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente se encuentra inscrito(a) en calidad de 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 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

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 nuestra página 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 debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- ☐ Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 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. Use el Buscador de planes de Medicare en la página web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- ☐ Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, 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.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Lea la sección 2, página 11, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada 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 el siguiente: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, como letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (800) 665-0898, (TTY:711). Esta llamada es gratuita.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** 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, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

- Molina Healthcare es un plan DSNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes DSNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of California Inc. 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, 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 ni ubicación geográfica.

Aviso anual de cambios para 2024

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 20244

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo 6

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual 6

Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo 6

Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias 7

Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos 7

Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D 8

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 11

Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 11

Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan 11

SECCIÓN 3 Cómo cambiarse de plan 12

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid 13

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados 13

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? 13

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 13

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 14

Sección 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid 14

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Consultas con el médico	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta
Internación en hospital	\$0 de copago El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados durante cada período de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Automáticamente comenzaremos a aplicar días de reserva de por vida a menos que usted nos indique específicamente que no lo hagamos (consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios).	\$0 de copago El plan cubre hasta 90 días de atención en hospital para pacientes internados durante cada período de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Automáticamente comenzaremos a aplicar días de reserva de por vida a menos que usted nos indique específicamente que no lo hagamos (consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios).
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: el deducible es de hasta \$505. Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Categoría de medicamento 1: \$0 de copago	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro mensual (de 31 días) surtido en una farmacia de la red con los costos compartidos estándar:

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	Categoría de medicamento 2: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Categoría de medicamento 3: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Categoría de medicamento 4: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Categoría de medicamento 5: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Cobertura catastrófica: En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos.	Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	\$8,300	\$8,850
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, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el siguiente año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe continuar pagando su mensualidad de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).		

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 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 Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	\$8,300	\$8,850
	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.	Una vez que haya pagado \$8,850 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 las Redes de Proveedores y Farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestra página 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. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el directorio de proveedores y farmacias 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el directorio de proveedores y farmacias 2024 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestros proveedores realizado durante la mitad del año, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios dentales (suplementarios)	Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de \$1,600 por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios.	Este servicio generalmente no está cubierto por Medicare ni por su plan Molina Medicare Complete Care, a menos que se ofrezca como un beneficio suplementario. Sin embargo, como beneficiario con doble elegibilidad, es posible que su plan de Medi-Cal cubra beneficios adicionales. Consulte su Manual del miembro de Medi-Cal para obtener más información sobre este beneficio.
Servicios de audición (suplementarios)	Puede obtener hasta 2 audífonos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año calendario.	Puede realizarse un examen de audición rutinario y obtener hasta 2 audífonos preseleccionados cada 2 años.
Servicios de podología (suplementarios)	Usted paga \$0 de copago por hasta 12 servicios de podología	Esto no está cubierto como beneficio suplementario.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	medicamento necesarios por año calendario.	
Elementos de venta libre (OTC) (suplementarios)	Usted recibe \$210 cada trimestre (3 meses) para elementos OTC.	Usted recibe \$100 cada trimestre (3 meses) para elementos OTC.
Servicios de Apoyo en el Hogar	Obtiene hasta 90 horas. Ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas y preparación de comidas, así como también asistencia con las actividades de la vida diaria.	Esto no está cubierto como beneficio suplementario.

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 denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hemos introducido cambios en nuestra Lista de medicamentos que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos o ubicarlos en una categoría diferente de costo compartido. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de costo compartido.**

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. 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 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 médico 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

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no sea aplicable a su caso.

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los 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 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 catastrófica).

• **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 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (Este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	el deducible es de hasta \$505.	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

Etapa	2023 (Este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 2: 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 . La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 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, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro mensual (de 31 días) surtido en una farmacia de la red con los costos compartidos estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0 por receta médica. Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica

Etapa	2023 (Este año)	2024 (el próximo año)
	recetados Categoría de medicamento 3: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Categoría de medicamento 4: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados Categoría de medicamento 5: Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	
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 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 nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0/\$1.35/\$3.95 por receta médica Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0/\$4.00/\$9.20 por receta médica Una vez que haya pagado \$4,660 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura). Sus costos compartidos son \$0 en la etapa de brecha en cobertura.

Etapa	2023 (Este año)	2024 (el próximo año)
en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos. Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.	siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).	

Cambios en su beneficio de la Parte D del Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID, por sus siglas en inglés)

Medicare aprobó Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) para proporcionar cobertura de medicamentos recetados de la Parte D como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Bajo el VBID, usted paga \$0 por todas las recetas cubiertas de la Parte D en todas las etapas del beneficio.

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura Catastrófica.** A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, revise 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(a) 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 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- -- O-- También puede cambiar a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original 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 2024*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (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**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-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 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, 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 Medicare Original el año siguiente, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 ° de enero de 2024.

¿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.

Debido a que tiene California Department of Health Care Services, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024, 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.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada 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 Medicare Original (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 (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente 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 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. 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

- **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 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 de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no 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 para usuarios de TTY, llame 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 2024 (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener información, consulte la 2024 *Evidencia de cobertura* 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 los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página 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 nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestra página web contiene la información más actualizada sobre nuestra 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) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas la calidad para ayudarlo 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 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este documento se envía por correo postal todos los años, en otoño, a todas las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a 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.

Cómo obtener materiales importantes del plan



Cómo obtener documentos importantes del plan

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la obtención de la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan para el 2024, como su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre del 2023**.

Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC):** Una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario:** Una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias:** lista de médicos, especialistas y farmacias de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor o una farmacia de la red en nuestro directorio en línea en el sitio web [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch).
- **Aviso de prácticas de privacidad:** En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Se encuentra en nuestro sitio web en https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

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



En línea, visitando el siguiente sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan del 2024 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre del 2023.



En línea en [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com).

Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión o configure una cuenta en el Portal para Miembros My Molina en el sitio web [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com). Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



Llame sin costo.

Infórmenos si no tiene acceso a la computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa de la EOC, el Formulario o el Directorio de Proveedores y Farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 665-3086, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.**

Estamos aquí para ayudarlo(a)

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia dentro de la red o quiere dejar de recibir los materiales por correo, llame al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086 TTY: 711.



Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-800-665-0898 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-665-0898. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-800-665-0898. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-800-665-0898。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-800-665-0898 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-0898. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-665-0898. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C_001_013

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-800-665-0898 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-800-665-0898. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-800-665-0898. ويمكن لشخص يتحدث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-665-0898 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-800-665-0898までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար քարզմանական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-800-665-0898 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយយើងឱ្យយល់អំពីផែនការសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងឬប្រើប្រាស់លេខ 1-800-665-0898 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Persian (Farsi):
يا دارويى ما داشته باشيد مى توانيد از خدمات ترجمه رايجان ما استفاده كنيد. براى دسترسى به مترجم شفاهى، كافى است با شماره 1-800-665-0898 با ما تماس بگيريد. فردى كه به زبان فارسى صحبت مى كند به شما كمك خواهد كرد. اين سرويس رايجان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-665-0898. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-665-0898. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-800-665-0898. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-665-0898 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਦਵਿਅਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-800-665-0898 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-800-665-0898. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C_001_013

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-665-0898. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-0898. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-665-0898. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português:

Disponos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-665-0898. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-0898. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-665-0898. Ta usługa jest bezpłatna.

