

2024

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) un plan de Medicare Medi-Cal

California H3038-003

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

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





Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) un plan de Medicare Medi-Cal ofrecido por Molina Healthcare of California.

Aviso Anual de Cambios para el 2024

Introducción

Actualmente está inscrito(a) como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura y normas. Esta sección **• Aviso Anual de Cambios** le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información respecto a ellos. Para obtener más información sobre los beneficios o las normas, consulte el *Manual del Miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en español, alemán, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita.
- Puede obtener gratuitamente este *Aviso anual de cambios* en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una “solicitud permanente”. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información.
- Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, para actualizar su expediente con su idioma de preferencia. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su Administrador de Casos para obtener ayuda con solicitudes permanentes.
- 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 (855) 665-4627, TTY: 711. Alguien que hable inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY: 711. *Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.*

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 TTY: 711. وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمنية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. نقدم هذه الخدمة مجاناً.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք մեզ (855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերեն, չինարեն, պարսկերեն, փրանսերեն, փրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լատներեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տագալոգ, սլովակերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ով կարող է օգնել Ձեզ: Մա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង អ៊ីតាលី អាស៊ីម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese:

- 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，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره (855) 665-4627 TTY: 711 با ما تماس بگیرید فردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لاوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. *Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. *Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, ouwa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पैनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY: 711. *Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. *Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, thailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY: 711. *Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ベルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 편자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີພາສາໂຕ້ໄດ້ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ພາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອີຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໂປແລນ, ບອກຕຸຍການ, ບັນຈາບີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv (855) 665-4627 TTY: 711. Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba'miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a'fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendzabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone (855) 665-4627 TTY: 711. *Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

Punjabi:

- سائی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 TTY: 711 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکتا اے۔ ایہ اک مفت سروس اے۔

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 (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa (855) 665-4627 TTY: 711. *Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

Thai:

- เรามีบริการสามเ้าให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการสามเ้าสามารถโทรหาเราได้ที่(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียนมา โปแลนด์ โปรตุเกส ญีุ่ญจาว รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษาญูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

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 (855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Tabla de contenidos

A. Exenciones de responsabilidad.....10

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año.....10

 B1. Acerca de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).....11

 B2. Cosas importantes que hacer.....11

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.....12

D. Cambios en los beneficios para el próximo año.....12

 D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos.....12

 D2. Cambios en la cobertura de los medicamentos recetados.....16

E. Cambios administrativos.....18

F. Elegir un plan.....18

 F1. Mantener nuestro plan.....18

 F2. Cómo cambiar de plan.....18

G. Obtener ayuda.....21

 G1. Nuestro plan.....21

 G2. Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP).....22

 G3. Programa de Mediación.....22

 G4. Medicare.....22

 G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....23



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. Exenciones de responsabilidad

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care Plus depende de la renovación del contrato.
- 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 reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- La Lista de Medicamentos Cubiertos y/o la red de farmacias y proveedores puede cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.
- La elegibilidad para el Beneficio Modelo o los Programas RI en el marco del Modelo VBI no está asegurada y será determinada por la MAO tras la inscripción, basándose en los criterios pertinentes, por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de gestión del estado de la enfermedad en el caso de que la elegibilidad de los Afiliados Objetivo para los Beneficios Modelo o los Programas RI no esté asegurada o no pueda determinarse antes de un Año del plan, según corresponda.
- Medicare aprobó Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para ofrecer copagos más bajos en medicamentos recetados de la Parte D como parte del programa Value-Based Insurance Design. Este programa le permite a Medicare integrar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el año siguiente. Si no satisface sus necesidades, puede abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección F2** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide dejar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que realizó su solicitud. Usted seguirá estando inscrito(a) en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre que siga siendo elegible.

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la **Sección F2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

B1. Acerca de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura conforme a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) recibe los beneficios de la cobertura médica como "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos 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). Visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Cuando en este Aviso Anual de Cambios se mencionen las palabras "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan", se hace referencia al Plan de Medicare Medi-Cal.

B2. Cosas importantes para hacer

- Verifique si hay cambios en nuestros beneficios que puedan afectarlo.
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que puedan afectarlo.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel de costo compartido diferente? ¿Podrá seguir usando las mismas farmacias?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le servirá el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.
 - ¿Sus doctores, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la **Sección G1** para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Piense en sus costos generales en el plan.
 - ¿Cuánto gastará de su propio bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
 - **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si desea permanecer en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanecerá automáticamente inscrito(a) en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).	Si decide cambiar de planes: Si decide que otra cobertura satisface mejor sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la Sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
---	---

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

No hemos hecho ningún cambio en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año. Sin embargo, es importante que sepa que podemos introducir cambios en nuestra red a lo largo del año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias del 2024 para consultar si sus proveedores o farmacias forman parte de nuestra red. Podrá encontrar un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos introducir cambios en nuestra red a lo largo del año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos

Vamos a cambiar la cobertura de determinados servicios médicos y lo que usted pagará por estos servicios médicos cubiertos el año que viene. En la tabla siguiente se describen estos cambios.



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Beneficio de Medicare	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Medicamentos recetados de Medicare Parte D	Los medicamentos cubiertos por la Parte D que figuran en el formulario del Plan se encuentran en distintas categorías. Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por ingresos bajos. En 2023, el costo de una receta dispensada en una farmacia de la red dependerá del copago del Subsidio por ingresos bajos (LIS) y de la categoría en la que se encuentre el medicamento.	Los medicamentos cubiertos de la Parte D del formulario del Plan estarán en una única categoría. Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. En 2024, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de \$0 en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado del diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID).
	Nota: Esta cobertura es para los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por Medicare. Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su Tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.	
Beneficios suplementarios de Medicare: Servicios de apoyo en el hogar	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare durante un máximo de 90 horas al año por nuestro proveedor	El beneficio no está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	Nota: Esta cobertura corresponde al beneficio IHSS suplementario de Medicare. Si necesita ayuda con los beneficios de sus Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local de su condado. El programa IHSS puede proporcionar los servicios para que pueda quedarse de manera segura en su propia casa. IHSS se considera una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o cuidado y alojamiento. Para solicitar IHSS, comuníquese con la oficina local IHSS del condado.	



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Beneficio de Medicare	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Beneficios suplementarios de Medicare: Servicios dentales de rutina	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare Los servicios dentales preventivos e integrales están cubiertos por este beneficio cuando utiliza su tarjeta MyChoice. Dispone de una asignación de \$4,000 anuales para servicios dentales preventivos e integrales combinados. Ha recibido una tarjeta de débito prepagada MyChoice que puede utilizar para pagar los beneficios suplementarios de su plan.	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare Para ofrecerle más opciones para sus necesidades dentales rutinarias en 2024, puede elegir una de las dos opciones siguientes: - Si acude a un proveedor de nuestro proveedor dental, recibirá los siguientes servicios dentales preventivos sin coste alguno para usted: 2 Exámenes orales, 2 Limpiezas, 2 Tratamientos con fluoruro - Radiografías dentales - Además, tiene una asignación de \$1,000 cada año para el cuidado dental integral. Puede seguir utilizando su tarjeta MyChoice para servicios dentales integrales. - Si opta por utilizar un proveedor dental fuera de la red de proveedores, todos los servicios dentales de rutina únicamente estarán cubiertos cuando utilice su asignación anual de \$1,000 cuando use su tarjeta MyChoice.
	Nota: Esta cobertura corresponde al beneficio dental suplementario de Medicare. Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal. Los beneficios dentales están disponibles en el Programa dental de Medi-Cal como pago por cada servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente para beneficiarios de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes del Programa dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información, también puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/	

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Beneficio de Medicare	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Beneficios suplementarios de Medicare: Servicios de audición de rutina	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare para hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado cada año. Puede recurrir a un proveedor de la red para acceder a este beneficio.	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare para hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado cada 2 años. Debe utilizar HearUSA para acceder a este beneficio.
	Nota: Esta cobertura corresponde al beneficio de audición suplementario de Medicare. Tiene cobertura para audífonos adicionales y audiológicos de Medi-Cal (Medicaid) a través del Plan.	
Beneficios suplementarios de Medicare: Beneficio de comidas	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare. Incluye 2 comidas al día durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. También puede optar a 28 comidas adicionales a lo largo de 14 días previa aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas y hasta 56 comidas por cada año natural.	El beneficio no está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	Nota: Esta cobertura corresponde al Beneficio de comidas suplementario de Medicare. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o comuníquese con su Administrador de Casos si necesita recursos comunitarios para solucionar situaciones de inseguridad alimentaria. Además, puede obtener asesoramiento nutricional individual telefónico si lo solicita en virtud de su prestación de asesoramiento nutricional/dietético con remisión.	
Beneficios suplementarios de Medicare: Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	La cobertura incluye una asignación de \$400 trimestrales para gastar en artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) aprobados por el plan. Ha recibido una tarjeta de débito prepagada MyChoice que puede utilizar para pagar los beneficios OTC suplementarios.	La cobertura incluye una asignación de \$320 trimestrales para gastar en artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) aprobados por el plan. Puede utilizar su tarjeta de débito prepagada MyChoice para sus beneficios prestaciones OTC suplementarios.
Nota: Esta cobertura corresponde al Beneficio OTC suplementario de Medicare. Algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar a la línea de Servicio al Cliente de Medi Cal Rx al 800-977-2273.		



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Beneficio de Medicare	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Beneficios suplementarios de Medicare: Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare	El beneficio no está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	Nota: Esta cobertura corresponde al beneficio de sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) suplementario de Medicare. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o comuníquese con su Administrador de Casos si necesita recursos comunitarios o ayuda con los beneficios de exención.	
Beneficios suplementarios de Medicare: Servicios de podología de rutina	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare	El beneficio no está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	hasta 12 visitas durante el año del plan	
	Nota: Esta cobertura corresponde al Beneficio de podología rutinaria suplementario de Medicare. Los servicios adicionales de podología están cubiertos por su beneficio de Medi-Cal (Medicaid) a través del Plan.	
Beneficios suplementarios de Medicare: Servicios de transporte de rutina	El beneficio está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare	El beneficio no está cubierto como Beneficio suplementario de Medicare
	La cobertura incluye una asignación de \$200 trimestrales para gastar en servicios de transporte de rutina. Ha recibido una tarjeta de débito prepagada MyChoice que puede utilizar para pagar los beneficios OTC suplementarios.	
	Nota: Esta cobertura corresponde al Beneficio de transporte de rutina suplementario de Medicare. Los servicios adicionales de transporte de rutina están cubiertos por su beneficio de Medi-Cal (Medicaid) a través del Plan.	

D2. Cambios en la cobertura de los medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Obtendrá una *Lista de Medicamentos Cubiertos* en un envío aparte. Puede encontrar una *Lista actualizada de medicamentos cubiertos* en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o solicitarnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina la "Lista de Medicamentos".

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 saber si existe alguna restricción.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- colabore con su doctor (u otro recetador) para encontrar un medicamento diferente que esté cubierto.
- Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o comunicarse con su Administrador de Casos para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que traten la misma afección médica.
- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.
- Hable con su médico (u otro recetador) y solicítenos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
- Podrá solicitar una excepción antes del año que viene, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas desde que recibamos su solicitud (o la declaración justificativa de su recetador).
- Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Casos. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de cómo comunicarse con su Administrador de Casos.
- Solicite que cubramos un suministro provisional del medicamento.
- En determinadas situaciones, cubrimos un suministro **provisional** de su medicamento durante los primeros (90) días del año natural.
- Este suministro provisional es para un máximo de (31) días al mes. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*).

Cuando usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su doctor para decidir qué hacer cuando se le haya terminado su suministro provisional. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Hemos trasladado todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos a una única categoría.

La siguiente tabla muestra los costes de sus medicamentos de categoría única en cada uno de nuestro formulario de categoría 1.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte D Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.	Los medicamentos cubiertos por la Parte D que figuran en el formulario del Plan se encuentran en distintas categorías. Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. En 2023, el costo de una receta dispensada en una farmacia de la red dependerá del copago del Subsidio por ingresos bajos (LIS) y de la categoría en la que se encuentre el medicamento.	Los medicamentos cubiertos de la Parte D del formulario del Plan estarán en una única categoría. Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. En 2024, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de \$0 en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado del diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID).

E. Cambios administrativos

Estamos haciendo cambios administrativos para el año que viene. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Su contrato/paquete de beneficios del plan (PBP) ha cambiado.	H5810-016	H3038-003

F. Cómo elegir un plan

F1. Mantener nuestro plan

Esperamos poder seguir contando con usted como miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare ni a Medicare Original, permanecerá automáticamente inscrito(a) en nuestro plan durante 2024.

F2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan distinto una vez durante cada uno de los siguientes **Periodos de inscripción especial**:

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



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **Periodo de inscripción anual**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan empezará el 1.º de enero.
- El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1.º de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan empezará el primer día del siguiente mes.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- cambia su derecho a recibir Medi-Cal o Ayuda Adicional, **o bien**
- si se mudó recientemente, está recibiendo cuidados o acaba de salir de un centro de cuidados o de un hospital de cuidados a largo plazo.

Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener su servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente termina su membresía en nuestro plan.



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)
Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

1. Puede cambiar a: Otro plan de salud de Medicare, incluido otro plan de Medicare Medi-Cal	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: ■ Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ○ Inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
2. Puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ■ Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ○ Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original . Su plan de Medi-Cal no cambiará.



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

3. Puede cambiar a: Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ■ Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará.
--	--

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, puede comunicarse con Health Care Options llamando al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

G. Cómo obtener ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle en caso de que tenga alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página durante los días y horario de servicios indicados. Estas llamadas son gratuitas.



Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Lea su *Manual del Miembro*

Su *Manual del Miembro* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios y los costos para el 2024. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del Miembro* estará disponible a partir del 15 de octubre. También puede consultar el *Manual del Miembro* para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos. Siempre tendrá a su disposición una copia actualizada del *Manual del Miembro* en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una copia del *Manual del Miembro* para el 2024.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web ingresando a www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de Medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

G2. Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP)

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En California, SHIP recibe el nombre de Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de salud (HICAP). Los asesores de HICAP le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de su plan y responderán las preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222. TTY 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Programa de Mediación

El Programa de Mediación de Medicare Medi-Cal puede ayudarle si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios del mediador (ombudsman) son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa de Mediación de Medicare Medi-Cal:

- trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer.
- garantiza que disponga de información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo puede conseguir que se resuelvan sus dudas.
- no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Mediación de Medicare Medi-Cal es 1-888-804-3536.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar su inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, en el sitio web de Medicare encontrará información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad que le ayudarán a comparar los planes.

Usted puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en "Encontrar planes").

Medicare y Usted 2024

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. 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. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (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 de deben llamar al 1-877-486-2048.

G5. California Department of Managed Health Care

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. El Centro de ayuda de DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Si tiene alguna queja formal contra el plan de salud, en primer lugar, debe llamar al (855) 665-4627, TTY: 711 y seguir el proceso de queja que este establece antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con una discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento www.dmh.ca.gov aparecen los formularios de queja, de solicitud de IMR y las instrucciones en línea.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

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 el **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 doctores, 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
- **Notificación de las normas de privacidad:** Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Se encuentra en nuestro sitio web https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

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



En línea, visitando el siguiente sitio web 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 para el 2024 estarán disponibles en línea el 15 de octubre del 2023.



En línea en MyMolina.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. 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 una 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 Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(855) 665-4627, 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 de la red, o desea optar por no recibir materiales por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(855) 665-4627, TTY: 711**.

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 1-855-665-4627 (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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. 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：1-855-665-4627。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1-855-665-4627 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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_CO16

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

CAH303803SP24
230818

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 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 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic:

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية لمجانلة أي أسئلة ترا وحدوك الخطة ال صأحوية خطة الأدوية. لدينا ول وللحص على مترجم فوري، 1. ويلمك نشخص يث تحد ا اللغة 1-855-665-4627 تفضل بالا تبصنالا على ا مل 8 ر 9 ق 08. مساعد تتأكد مهذه الخدم. ة م جانا

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 1-855-665-4627 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、1-855-665-4627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 քարզմանը ախտի ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមាន អំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមក យើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះ មិនគិតថ្លៃនោះទេ។

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

CAH303803SP24
230818

Persian (Farsi):

برای پاسخ گو ییبه سو اکلاهی ممک ناست درب اطررهج های سلامت یا دا رموایی داشته با شمییید تو انزید
خدمات ترجمه را یمگان استفاده 1 با -800. کنید برای دس تبرهسی مترجم شفاه یک، اف یاس تبا ش 8م 19ر
665-ه0 ما تماس. بگیری فدر دکیه به زبان فارس یصح بمتی کن دبه شما کمک خوا. ه کدرد این سرویس رای. گ
1-855-665-4627 سنت ||

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 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.
Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກ ເຮົາ. ຖ້າ
ຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍ
ລິການຟຣີ.

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 1-855-665-4627. Haih gorngv mienh wac
neyi mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।
ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ
ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หาก
ต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 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 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам
допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

CAH303803SP24
230818

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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português:

Dispomos 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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

CAH303803SP24
230818







CAH303803SP24
230818