

**2026**

# **Aviso Anual de Cambios**

**Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**

California H3038-004-003

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre  
del 2026

H3038\_26\_004\_003\_CA\_ANOC\_M

CA-H3038-4-3-A-AC-ES-26-L





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

## *Aviso anual de cambios para 2026*

### Introducción

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información relacionada. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o las normas, consulte el *Manual del miembro* que se encuentra en nuestro sitio web

[MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página para recibir una copia por correo. 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 de forma gratuita en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, ruso, tagalo y vietnamita.

---

Aprobación de 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) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



- Puede solicitar este Aviso anual de cambios sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 687-7860, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre de de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.




## Índice

A. Exenciones de responsabilidad .....	5
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año .....	5
B1. Información sobre Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) .....	6
B2. Cosas importantes para hacer .....	6
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red .....	9
D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo ....	10
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	10
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos .....	23
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	28
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” .....	37
E. Cambios administrativos .....	38
F. Elección de un plan .....	43
F1. Permanecer en nuestro plan .....	43
F2. Cómo cambiarse de plan .....	43
G. Obtención de ayuda .....	51

---


Aprobación de 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) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

G1. Nuestro plan .....	51
G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) .....	52
G3. Ombudsman Program .....	53
G4. Medicare .....	54
G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	55
G6. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare .....	56

---

Aprobación de 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) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

## A. Exenciones de responsabilidad

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

---

## 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 satisfaga sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si opta por dejar de participar en nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se efectuó su solicitud. Seguirá formando parte de los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

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

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Las opciones y los servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

## **B1. Información sobre Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es un plan médico que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando en este *Aviso anual de cambios* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia al plan Medicare Medi-Cal.

## **B2. Cosas importantes para hacer**

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay cambios que afecten los servicios que usted usa?
  - Revise los cambios en los beneficios y los costos a fin de asegurarse de que sean útiles para usted el año siguiente.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**



- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Se encuentran en otra categoría de distribución de costos? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
- Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea útil para usted el próximo año.
- Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
  - Hable con su doctor sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año.
  - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de los medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**



- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted consulta regularmente, están en nuestra red? ¿Qué hay de su farmacia? ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que usa?
- Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en los costos generales del plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su propio bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que utiliza con regularidad?
  - ¿En qué se diferencian los costos totales de otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**



### **En caso de decidir permanecer con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):**

Si quiere quedarse con nosotros el próximo año, es fácil; no necesita hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

### **Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

---

## **C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red**

Los montos que paga por sus medicamentos pueden variar según la farmacia que use. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

**Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026*** para consultar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias están en nuestra red. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias* por correo.

Es importante que tenga en cuenta que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene determinados derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* o llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página para obtener ayuda.

---

## **D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo**

### **D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos y lo que paga por estos servicios médicos cubiertos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.



En 2025, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) participó en el modelo Value Based Insurance Design (VBID), pero este programa desaparecerá este año. Como parte del beneficio de la Parte D del Modelo VBID, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ofrece la eliminación de la distribución de costos para los medicamentos de la Parte D. Debido a que este programa ha finalizado, es posible que los miembros tengan una distribución de costos de todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de cobertura. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<b>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI): alimentos y productos agrícolas</b>	El beneficio está cubierto como Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). Quienes califican reciben una asignación de \$75 mensuales para	Los miembros que califican con condiciones crónicas elegibles reciben \$63 cada mes para alimentos y productos agrícolas (SSBCI).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	alimentos y productos agrícolas saludables. La cobertura de SSBCI solo es para miembros con afecciones crónicas específicas.	
<b>Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)</b>	Usted recibe \$100 por mes para los artículos OTC.	Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada de MyChoice con una asignación mensual combinada de \$45 para artículos OTC, audífonos OTC y catálogo de hierbas.
<b>Servicios dentales (suplementarios)</b>	Nos hemos asociado con un proveedor dental para darle más opciones para sus necesidades	Nos hemos asociado con un proveedor dental para darle más opciones para sus necesidades

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	<p>dentales de rutina. Si usted usa los servicios de un proveedor dentro de nuestra red de proveedores dentales, recibirá los Servicios dentales preventivos y los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin costo alguno para usted. Además,</p>	<p>dentales de rutina. Si usted usa los servicios de un proveedor dentro de nuestra red de proveedores dentales, recibirá los Servicios dentales preventivos y los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin costo alguno para usted. Además, tendrá \$3,600 para</p>

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	tendrá \$1,000 para servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas.	servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas.
<b>Servicios de transporte para ubicaciones del plan aprobado (suplementario)</b>	Usted recibe 12 viajes de ida por año.	Sus beneficios de Molina Medi-Cal incluyen transporte médico ilimitado que no sea de emergencia para servicios cubiertos médicamente necesarios. Es posible que se solicite información a su proveedor.
<b>Beneficios adicionales de telesalud</b>	Usted paga <b>\$0</b> de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de	Usted paga <b>\$0</b> de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	médico de atención primaria.	rehabilitación cardíaca, los servicios de médicos de atención primaria, los servicios quiroprácticos, los servicios de terapia ocupacional, los servicios de médicos especialistas, las sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, las sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, los servicios de podología, otros

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		profesionales de la salud, las sesiones individuales de servicios psiquiátricos, las sesiones grupales de servicios psiquiátricos, los servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, los servicios del programa de tratamiento de opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		sustancias para pacientes ambulatorios.
<b>Beneficio de comidas: después del alta (suplementario)</b>	Este <b>no es</b> un beneficio suplementario cubierto.	Las comidas se proporcionan inmediatamente después de cada cirugía u hospitalización, o para un diagnóstico de COVID o cuarentena en el hogar debido a una exposición a COVID que requiere que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Usted paga <b>\$0</b> de copago por 2 comidas al día durante 14 días. Este beneficio se

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		puede utilizar hasta 2 veces al año (56 comidas en total).
<b>Beneficio de comidas: comidas crónicas (suplementarias)</b>	Este <b>no es</b> un beneficio suplementario cubierto.	Bajo este beneficio, si tiene una afección crónica elegible que incluye diabetes, CHF, trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia y trastornos pulmonares crónicos y participa en un Programa de

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		administración de atención, recibe 14 comidas cada mes, durante 12 meses en el año calendario. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Planifica un total máximo de 168 comidas.
<b>Acupuntura: rutina</b>	Este <b>no es</b> un beneficio suplementario cubierto.	Recibe tratamientos de acupuntura ilimitados cada año. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Audífonos OTC</b>	Usted recibe 2 audífonos OTC cada 2 años.	Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada de

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		MyChoice con un subsidio mensual de \$45 que se puede utilizar para audífonos OTC. Esta es una asignación combinada para audífonos OTC y artículos OTC, incluido el acceso a un catálogo de hierbas.
<b>Audífonos recetados</b>	Recibe hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años, para ambos oídos combinados.	Usted obtiene hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada año, para ambos oídos combinados.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<b>Servicios para la vista (suplementarios)</b>	<p>¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: Un examen de la vista de rutina cada año calendario. Una asignación de elementos para la vista de \$200 Puede usar su asignación de elementos para la</p>	<p>¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: Un examen de la vista de rutina cada año calendario. Una asignación de elementos para la vista de \$250 Puede usar su asignación de elementos para la vista para comprar: Lentes de</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	vista para comprar: Lentes de contacto* Anteojos (lentes y monturas) Lentes o monturas de anteojos Mejoras (como lentes tintados, U-V, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos	contacto* Anteojos (lentes y monturas) Lentes o monturas de anteojos Mejoras (como lentes tintados, U-V, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. Usted paga <b>\$0</b> por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.	excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. Usted paga <b>\$0</b> por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.

## **D2. Cambios en la cobertura de medicamentos**

### **Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos***

Puede encontrar una *Lista de medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando a los números de teléfono que aparecen al final de la página para recibir información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina *Lista de Medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambio de medicamentos que cubrimos, cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a una categoría de distribución de costos diferente.

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 distribución de costos.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare y/o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Pídale a su médico (u otra persona que receta) que busque un medicamento diferente que esté cubierto.
  - Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su administrador de casos para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma afección.
  - La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.
- Hable con su médico (u otra persona que receta) y solicítenos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta).
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* o llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para



Miembros o con su administrador de casos. Consulte los **Capítulos 2 y 3** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidados.

- Solicítenos que cubramos un suministro provisional del medicamento.
  - En algunos casos, cubrimos un suministro **provisional** de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días. (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 hablar con su médico sobre qué hacer cuando se termine su suministro provisional. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que nuestro plan cubra o solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento actual.

Si se aprueba la excepción de su formulario, se le avisará cuánto tiempo durará la aprobación. En la mayoría de los casos, las aprobaciones se otorgan por un año. Deberá solicitar una nueva excepción de formulario cuando su aprobación expire.



**Cambios en los costos de medicamentos** Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Part D conforme a nuestro plan. Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Estas son las dos etapas:

<p><b>Etapas</b></p> <p><b>Etapas de cobertura inicial</b></p>	<p><b>Etapas</b></p> <p><b>Etapas de cobertura catastrófica</b></p>
<p>En esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.</p>	<p>En esta etapa, el plan paga el costo completo de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Esta etapa comienza después de que paga un monto determinado de gastos de su bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de gastos de su bolsillo para medicamentos alcanza los **\$2,100**. En este momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

*Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

### **D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”**

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende de la categoría de la distribución de costos en la que está el medicamento y dónde lo obtiene usted. Usted paga un copago cada vez que surta una receta médica. Si los costos de medicamentos cubiertos son menores que el copago, usted paga el precio más bajo.

**Hemos trasladado algunos de los medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos* a otra categoría de medicamento inferior o superior.** Si sus medicamentos cambian de una categoría a otra, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en otra categoría, búsquelos en nuestra *Lista de Medicamentos*.



En la siguiente tabla se muestran los costos para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada una de nuestras seis categorías de medicamentos. Estos montos **solo** se aplican durante el tiempo en que el usted se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas o información, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual del miembro*.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p><b>Categoría de medicamento 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 1 que se</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0</b>.</p>



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
adquiere en una farmacia de la red	<p>“Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado de diseño de seguro basado en el valor (VBID).</p>	
<p><b>Medicamentos en la categoría 2</b></p> <p>(Medicamentos genéricos)</p>	Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el	Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0, \$1.60, o \$4</b> para

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 2 que se adquiere en una farmacia de la red	<p>formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado</p>	todos los medicamentos.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	de diseño de seguro basado en el valor (VBID).	
<p><b>Medicamentos en la categoría 3</b> (Medicamentos de Marca Preferidos)</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 3 que se adquiere en una farmacia de la red</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas</p>	<p>Su costo para un suministro mensual (31 días) de medicamentos recetados pedidos por correo es de <b>\$0</b>, <b>\$1.60</b>, o <b>\$5.10</b> para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); <b>\$0</b>, <b>\$4.90</b>, o <b>\$12.65</b> para todos los demás medicamentos recetados.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado de diseño de seguro basado en el valor (VBID).	
<p><b>Medicamentos en la categoría 4</b> (Medicamentos No Preferidos)</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 4 que se adquiere en una farmacia de la red</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también</p>	<p>Su costo para un suministro mensual (31 días) de medicamentos recetados pedidos por correo es de <b>\$0</b>, <b>\$1.60</b>, o <b>\$5.10</b> para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); <b>\$0</b>, <b>\$4.90</b>, o <b>\$12.65</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	<p>llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado de diseño de seguro basado en el valor (VBID).</p>	<p>para todos los demás medicamentos recetados.</p>
<p><b>Medicamentos en la categoría 5</b> (Medicamentos Especializados)</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p>	<p>Su costo para un suministro mensual (31 días) de medicamentos recetados pedidos</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 5 que se adquiere en una farmacia de la red</p>	<p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado de diseño de seguro basado en el valor (VBID).</p>	<p>por correo es de <b>\$0</b>, <b>\$1.60</b>, o <b>\$5.10</b> para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); <b>\$0</b>, <b>\$4.90</b>, o <b>\$12.65</b> para todos los demás medicamentos recetados.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<p><b>Medicamentos en la categoría 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta)</p> <p>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 6 que se adquiere en una farmacia de la red</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de una receta surtida en una farmacia de la red será de <b>\$0</b> en todas las etapas del beneficio de medicamentos</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0</b>.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	recetados de la Parte D con el beneficio mejorado de diseño de seguro basado en el valor (VBID).	

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los gastos totales de su bolsillo alcanzan los **\$2,100**. En este momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

#### **D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo de **\$2,100** por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el fin del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el **Capítulo 6**.



## E. Cambios administrativos

Estamos realizando cambios administrativos para el año próximo. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<b>Su contrato/ paquete de beneficios del plan (PBP) cambió.</b>	H3038-003-000	H3038-004-003
<b>Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare</b>	No se aplica.	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare puede ayudarle a administrar los costos de los medicamentos distribuyéndolos durante el año como pagos mensuales. Para obtener más

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		información sobre este programa, comuníquese al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></p> <p><i>Continúa en la siguiente página</i></p>	<p>Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas elegibles y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos. Las afecciones crónicas elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos cardiovasculares.</li> </ul>	<p>Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas elegibles y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos. Las afecciones crónicas elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos cardiovasculares.</li> </ul>



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos.</li> <li>• Enfermedad renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos.</li> <li>• Enfermedad renal crónica (CKD).</li> <li>• Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD).</li> <li>• Cáncer.</li> <li>• Trastornos autoinmunitarios.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.</li> <li>• Enfermedad gastrointestinal crónica.</li> <li>• Trastornos hematológicos graves.</li> <li>• VIH/SIDA.</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.</li> <li>• Trastornos neurológicos.</li> <li>• Accidente cerebrovascular.</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasplante de órganos.</li> <li>• Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores.</li> <li>• Afecciones asociadas con deterioro cognitivo.</li> <li>• Condiciones con desafíos funcionales.</li> <li>• Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.</li> <li>• Condiciones que requieren</li> </ul>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).



	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
		servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento.

## **F. Elección de un plan**

### **F1. Permanecer en nuestro plan**

Esperamos que continúe siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en otro plan de Medicare o cambie a Medicare Original, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan durante 2026.

### **F2. Cómo cambiarse de plan**

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

- **El Periodo de inscripción abierta**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- **El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.
- Como usted tiene Medi-Cal, puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

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

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra (Extra Help) cambió.
- Si recientemente se mudó a una institución o si actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o a un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.



## Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Si selecciona una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía en nuestro plan.

### 1. Puede cambiar a:

**Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Si califica, los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos**

### Esto es lo que tiene que hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene consultas sobre el Program All-inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).

Si necesita ayuda o más información:



<p><b>todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa All-inclusive Care for the Elderly (PACE).</b></p> <p><b>Nota:</b> El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrados en California.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Puede inscribirse en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan Medi-Medi.</p>
<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan de</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE</p>



**medicamentos de Medicare por separado.**

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente



	<p>cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no lo desea.</p> <p>Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si obtiene</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/">www.aging.ca.gov/</a></li> </ul>



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

<p>cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, comuníquese con el California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>.</p>	<p><u>Programs and Services/Medicare Counseling/</u>.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
<p><b>4. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Cualquier plan médico de Medicare durante</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección A.

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

## O

Puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare.

Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela de forma automática cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.



	Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.
--	--

## Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo elegir un plan de Medi-Cal o cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

---

## G. Obtención de ayuda

### G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle en caso de que tenga preguntas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página en los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

### Lea su *Manual del miembro*

Su *Manual del miembro* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 687-7860, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

beneficios y costos para 2026. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.

El *Manual del Miembro* para 2026 estará disponible a partir del 15 de octubre. Siempre tendrá a su disposición una copia actualizada del *Manual del Miembro* en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://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 2026.

## **Nuestro sitio web**

Puede visitar nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). Como recordatorio, nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)*.

## **G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)**

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En California, el SHIP es conocido como Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle



a comprender sus opciones del plan y responder a preguntas sobre el cambio de planes. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)

### **G3. Ombudsman Program**

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

- Puede responder a preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer.
- Se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El número de teléfono del



Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal es  
1-855-501-3077.

## G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)
- Puede escribir a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

## Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, la página web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para que pueda comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” [Buscar Planes]).



## ***Medicare y Usted 2026***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Este folleto se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también se encuentra disponible en inglés, chino y vietnamita.

Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja formal contra el plan médico, en primer lugar, debe llamar al (855) 687-7860, **TTY: 711** y utilizar el proceso de queja de su plan médico antes de comunicarse con este 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 de Medi-Cal que involucra una emergencia, una queja de Medi-Cal que su plan médico no ha resuelto satisfactoriamente o una queja de Medi-Cal que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse con el departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR) de los beneficios de Medi-Cal. Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico 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 cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. Visite el sitio web del departamento en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.

## **G6. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare**

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos



durante el año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

La “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) del estado y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), para aquellos que cumplan con los requisitos, tienen mayores beneficios que la participación en el Medicare Prescription Payment Plan. Todas las personas inscritas pueden participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).



## **Información adicional importante sobre la atención médica y recursos para los miembros**

- **Aviso electrónico (ELN): cómo obtener documentos importantes**
- **Mensaje sobre no discriminación (NDN) - Sección 1557**
- **Aviso de disponibilidad (NOA) - Servicios de asistencia de idiomas**
- **Aviso de prácticas de privacidad (NPP)**

## Cómo obtener documentos importantes del plan





¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos 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 2026 al igual que su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2025.


### Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (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 (Lista de medicamentos):** 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 [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch).
- **Aviso de prácticas de privacidad:** Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web [https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms\\_privacy.aspx](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 en 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 de 2026 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2025.

 **En línea en MyMolina.com.**  
Visite nuestro portal de autoservicio para miembros para ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión en el portal para miembros My Molina y configure una cuenta **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 la computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa de la EOC, del Formulario o del 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 que se encuentra en el reverso de tarjeta de identificación, **de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.**

## **Estamos aquí para ayudarle**

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros **al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.**

**Aviso de no discriminación**  
**Sección 1557**  
**Molina Healthcare - Medicare**



La discriminación va en contra de la ley. Molina Healthcare cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales. Molina Healthcare no discrimina ilegalmente, ni excluye gente o la trata de modo diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, linaje, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Molina Healthcare proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna para personas con discapacidades, para ayudarlos a comunicarse mejor, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos de manera oportuna para personas cuyo primer idioma no sea inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Molina Healthcare entre las 7 a.m. y las 7 p.m. llamando al 1-855 687-7860. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711. Si lo desea, puede disponer de este documento en sistema Braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Molina Healthcare

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

**Por teléfono:** 1-866-606-3889. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que Molina Healthcare no brindó estos servicios o discriminó de manera ilegal de otra manera por motivo de sexo, raza, color, religión, linaje, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare's. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare entre las 8:30 a.m. y las

5:30 p.m. al 1-866-606-3889. O bien, si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
Molina Healthcare  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802
- En persona: Visite la oficina de su médico o las oficinas de Molina Healthcare e indique que desea presentar una queja.
- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. También puede visitar el sitio web de Molina Healthcare en MolinaHealthcare.Alertline.com.

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o para el habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** Presente un formulario de queja o envíe una carta a:  
Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en [DHCS.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Por vía electrónica:** Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

Si cree que se lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de audición o para el habla, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Hay formularios de queja disponibles en [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

- **Por vía electrónica:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf).

## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

---

### English

ATTENTION: If you need help in your language call (855) 687-7860 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (855) 687-7860 (TTY: 711). These services are free of charge.

### العربية(Arabic)

يرجى الانتباه، إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (855) 687-7860 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (855) 687-7860 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

## Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴԻՆՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարե՛ք (855) 687-7860 (711) հեռախոսահամարով:

Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոջոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարե՛ք (855) 687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

## ខែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ  
(TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ (855) 687-7860

ទូរសព្ទមកលេខ (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ (855) 687-7860

## 简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (855) 687-7860 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (855) 687-7860 (711)。这些服务均免费提供。

## فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 687-7860 (855) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 687-7860 (855) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

(855) 687-7860

## Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (855) 687-7860 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (855) 687-7860 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (855) 687-7860 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。(855) 687-7860 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

## 한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (855) 687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (855) 687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (855) 687-7860 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

(855) 687-7860

## Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (855) 687-7860 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (855) 687-7860 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ

(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਧਾਰਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ

ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,

ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ

ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

(855) 687-7860

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (855) 687-7860 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (855) 687-7860 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

## **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (855) 687-7860 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (855) 687-7860 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

## **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (855) 687-7860 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (855) 687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (855) 687-7860 (ТТҮ: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (855) 687-7860 (ТТҮ: 711). Ці послуги безкоштовні.

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (855) 687-7860 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (855) 687-7860 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados de Molina Healthcare (denominados en este documento “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”). Usamos y compartimos información médica protegida (“**PHI**”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

### **¿Por qué usamos o compartimos su PHI?**

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

## **Para tratamientos**

Podemos usar o compartir su PHI para darle o facilitarle su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

## **Para pagos**

Podemos utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

## **Para funciones de atención médica**

Podemos usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan médico. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

- Mejorar la calidad;
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma);
- Realizar o facilitar revisiones médicas;
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento;
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan médico. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

### **¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

#### **Requisitos legales**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

### **Salud pública**

Su PHI se puede utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

### **Supervisión de la atención médica**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

### **Investigación**

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

### **Procedimientos legales o administrativos**

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

### **Cumplimiento de la ley**

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

### **Salud y seguridad**

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad pública o de una persona.

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

## **Funciones gubernamentales**

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

## **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica**

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

## **Indemnización al trabajador**

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

## **Divulgación con otros fines**

Su PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

## **Restricciones adicionales sobre el uso y divulgación.**

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidas agresiones sexuales, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta, cuando se aplique a nosotros.

## **Información sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD).**

Aunque no somos un programa de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias bajo la ley federal (un “Programa SUD”), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted hayamos recibido un aviso y una oportunidad de ser escuchados.

### **¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?**

Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

### **¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones de la PHI (compartir su PHI)**

Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de la PHI**

Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamaciones y otros asuntos como nuestro miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- A personas sobre su propia PHI;
- La información compartida con su autorización;
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia;
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

### **¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?**

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el U.S. Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

*Puede presentar una queja ante nosotros en:*

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.,

hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O  
escribanos a:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

*Puede presentar una queja ante el Secretario del U.S.  
Department of Health and Human Services a la siguiente  
dirección:*

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil  
Rights  
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

### **¿Cuáles son nuestros deberes?**

Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado;
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI;
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida;
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros;

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

- Cumplir con los términos de este aviso.

## **Este Aviso está sujeto a cambios**

**Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos algún cambio importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviaremos, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y acerca de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso también está disponible en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).**

## **Información de contacto**

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande.

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

*Vigente a partir del 1 de enero de 2026*

PO Box 298  
Monroe, WI 53566-0298  
Attn: Enrollment Accounting

## Información importante Molina Healthcare



CAACES26L00386