

2026

Aviso anual de cambios

Molina Medicare Choice Care
(HMO)

California H5810-014-000

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

H5810_26_014_CA_ANOC_M

CA-H5810-14-AC-ES-26-L



Molina Medicare Choice Care (HMO) ofrecido por Molina Healthcare of California.

Aviso anual de cambios de 2026

Actualmente, está inscrito como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Molina Medicare Choice Care (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Cabe destacar que este es solamente un resumen de los cambios. En la *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que le enviamos por separado para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º 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 lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas o en otros formatos, como letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (800) 665-0898, (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Acerca de Molina Medicare Choice Care (HMO)

- 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.
- Cuando en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of California. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Molina Medicare Choice Care (HMO).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en Molina Medicare Choice Care (HMO).** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Molina Medicare Choice Care (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.
-

Aviso anual de cambios de 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	6
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	10
Sección 1.1 Cambios en su prima mensual del plan.....	10
Sección 1.2 Cambios en la suma máxima de su bolsillo..	12
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	13
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	14
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	15
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	24
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados.....	25
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	32
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes.....	33
Sección 3.1 Fecha límite para cambiarse de planes.....	34
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?.....	35
SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	36

SECCIÓN 5	¿Tiene preguntas?	39
Sección 5.1	Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care (HMO)	39
Sección 5.2	Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare	40
Sección 5.3	Cómo obtener ayuda de Medicare	40

Resumen de costos importantes para 2026

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2025 y los costos de 2026 para Molina Medicare Choice Care (HMO) en diversas áreas importantes. **Cabe destacar que este es solamente un resumen de los costos.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a este monto. Diríjase a la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Diríjase a la Sección 1.2 para</p>	\$6,000	\$3,600

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
obtener más información).		
Consultas a un médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Visitas al consultorio del médico especialista	\$40 por consulta	\$40 por consulta
Internación en hospital Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria comienza el día en que se lo admite formalmente en el	Usted paga \$325 de copago por día para los días del 1 - 6. Usted paga \$0 de copago por día para los días del 7 - 90	Usted paga \$325 de copago por día para los días del 1 - 6. Usted paga \$0 de copago por día para los días del 7 - 90.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.		
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener más información, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las</p>	<p>Copago/ Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de medicamentos 1: \$3 	<p>Copago/ Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de medicamentos 1: \$3

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>etapas de cobertura catastrófica).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 2: \$12 • Nivel de medicamentos 3: \$47 Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel de medicamentos 4: \$100 • Nivel de medicamentos 5: 33% • Nivel de medicamentos 6: \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 2: \$12 • Nivel de medicamentos 3: \$47 Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel de medicamentos 4: 35% • Nivel de medicamentos 5: 33%

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de medicamentos 6: \$0 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en su prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).		
Reembolsos de la Prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de la prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$0	\$2

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Penalidad por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos: si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, en general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. La costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$6,000	<p>\$3,600</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,600 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Revise el *Directorio de Proveedores* del 2026 en MolinaHealthcare.com/Medicare para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están incluidos en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias 2026* MolinaHealthcare.com/Medicare para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame al Departamento de

Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Otros servicios de profesionales de atención médica	Usted paga de \$0 a \$20 de copago por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.	Usted paga de \$0 a \$40 de copago por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.
Telesalud	Los siguientes beneficios cubiertos por Medicare pueden tener beneficios de telesalud adicionales cubiertos en el	Los siguientes beneficios cubiertos por Medicare pueden tener beneficios de telesalud

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>plan. Consulte la EOC para obtener más detalles, como los costos compartidos para cada tipo de beneficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos de atención primaria <p>Usted paga \$0 de copago por consultas de telesalud.</p>	<p>adicionales cubiertos en el plan. Consulte la EOC para obtener más detalles, como la distribución de costos para cada tipo de beneficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios médicos de atención primaria • Servicios quiroprácticos • Servicios de terapia ocupacional

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de especialistas médicos • Sesiones individuales para servicios especializados en salud mental • Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental • Servicios de podología • Otros servicios de profesionales de atención médica

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none">• Sesiones individuales para servicios psiquiátricos• Sesiones grupales para servicios psiquiátricos• Servicios de fisioterapia y patología del habla/ lenguaje• Servicios del programa de tratamiento por opioides

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1166 401 1520 898">• Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios <li data-bbox="1166 932 1520 1430">• Sesiones grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios <p data-bbox="1105 1463 1520 1961">Usted paga \$0 - \$45 de copago por las consultas de telesalud, según el tipo de servicio que reciba.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Programa de comidas en el hogar (para miembros después del alta o confinados en el hogar)	<p>Esta fila de beneficios no tiene cambios y no aparecerá en esta versión.</p> <p>Usted paga un \$0 de copago por comida a través del programa de comidas en el hogar.</p> <p>Recibe 2 comidas al día durante 14 días después de una hospitalización en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF), o por una afección médica o una posible afección médica</p>	<p>Esta fila de beneficios no tiene cambios y no aparecerá en esta versión.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por comida a través del programa de comidas en el hogar.</p> <p>Recibe 2 comidas al día durante 14 días después de una hospitalización en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF), o por una afección médica o una posible afección médica</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>que requiera que permanezca en casa por un período de tiempo.</p> <p>Este beneficio está disponible hasta 2 veces por año calendario (56 comidas en total).</p>	<p>que requiera que permanezca en casa por un periodo de tiempo.</p> <p>Este beneficio está disponible hasta 2 veces por año calendario (56 comidas en total).</p>
Servicios dentales preventivos e integrales	<p><u>Servicios integrales:</u></p> <p>Hay un límite de beneficio máximo del plan de \$1,600 para servicios dentales integrales.</p>	<p><u>Servicios integrales:</u></p> <p>Hay un límite de beneficio máximo del plan de \$4,000 para servicios dentales integrales.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Asignación de elementos para la vista</p>	<p>Obtiene hasta \$200 cada año para gastos de anteojos elegibles.</p>	<p>Obtiene hasta \$350 cada año para gastos de anteojos elegibles.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>Los beneficios SSBCI solo están disponibles para los miembros con una afección crónica que califique. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación para alimentos saludables 	<p>Usted obtiene una asignación mensual de \$35 para comprar alimentos saludables en las</p>	<p>Sin cobertura</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>tiendas de comestibles aprobadas por el plan.</p>	
<p>Tarjeta de débito prefinanciada</p>	<p>Usted obtiene \$50 cada mes para artículos de venta libre (OTC). Los audífonos de venta libre están cubiertos e incluidos en la asignación de OTC. Usted paga \$0 de copago por hasta 2 audífonos de venta libre cada 2 años. El transporte complementario</p>	<p>Usted obtiene \$50 cada mes para artículos de venta libre (OTC). Los audífonos de venta libre están cubiertos e incluidos en la asignación de OTC. El transporte suplementario que no sea de emergencia está cubierto e incluido en la</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	que no sea de emergencia está cubierto e incluido en la asignación de artículos de venta libre (OTC).	asignación de OTC.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de la Lista de Medicamentos se encuentra disponible de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, los que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a un nivel de distribución de costos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de distribución de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare 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 su cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico recetante para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

¿Recibe usted Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si tiene un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos Ayuda Extra (Extra Help), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un material individual,

denominado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra (Extra Help) para Pagar Medicamentos Recetados*, que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) y no recibió este material con este paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información y solicitar la *Cláusula Adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducibles Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.

Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan \$2,100.

• ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura se reemplazó por el Programa de Descuentos de Fabricantes. Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del 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.

Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		no se aplica a usted.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Para los medicamentos No Preferidos de Nivel 4, la distribución de costos en la Etapa de Cobertura Inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios desde el 2025 hasta el 2026.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*. Una vez que haya pagado \$2,100 de su propio

bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>La cantidad de días en un suministro de un mes es de 31 días.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar es:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>\$3</p>	<p>La cantidad de días en un suministro de un mes es de 31 días.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar es:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>\$3</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: \$12</p> <p>Nivel 3: Marca Preferida: \$47</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: \$100</p>	<p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: \$12</p> <p>Nivel 3: Marca Preferida: \$47</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: 35% del costo total.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados: 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Seleccionados: \$0</p> <hr/>	<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados: 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Seleccionados: \$0</p> <hr/>

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, vaya a la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	<p>Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al [TTY: 711]) o visite</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 **Cómo cambiar de planes**

Para permanecer en Molina Medicare Choice Care, no debe hacer nada. Excepto que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en Molina Medicare Choice Care (HMO).

Si desea cambiar de plan para 2026 siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. La inscripción a Molina Medicare Choice Care (HMO) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. La inscripción a Molina Medicare Choice Care (HMO) se cancelará automáticamente.

- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se le anule la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (diríjase a la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Fecha límite para cambiarse de planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage al 1 de enero de 2026, y no le agrada el plan que ha elegido, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de

medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- tienen Medicaid;
- reciben Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los medicamentos;
- tienen o dejarán la cobertura del empleador;
- salen del área de servicio de nuestro plan.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán período sin cobertura ni multa por afiliación tardía. Para saber si es elegible, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia para distribución de costos de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos del Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con la distribución de costos de los medicamentos recetados a través de Office of AIDS. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito en el programa cómo continuar recibiendo ayuda, llame al (916) 449-5900. Cuando llame, asegúrese de indicar su plan de Medicare Part D o el número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de desembolso directo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care (HMO)

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas. El horario de atención es del 1.º 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 lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2026* para Molina Medicare Choice Care (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. En ella, se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- Visite MolinaHealthcare.com/Medicare

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 5.2 Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)

Los Angeles county :(800) 434-0222

San Diego county: (858) 565-8772

Riverside and San Bernardino counties: (909) 256-8369

Llame para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. Pueden ayudarle a entender sus opciones sobre un plan Medicare y responder las preguntas que tenga acerca de un posible cambio de plan. Obtenga más información visitando <https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/>.

Sección 5.3 Cómo obtener ayuda de Medicare

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

En otoño de cada año, se envía el manual *Medicare y Usted 2026* por correo postal a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- **Aviso Electrónico (ELN):** Cómo obtener documentos importantes
- **Aviso de Disponibilidad (NOA):** Servicios de asistencia lingüística
- **Aviso de No Discriminación (NDN):** Sección 1557
- **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 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 2026, como su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores, estarán disponibles en línea el 15 de octubre del 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:** una lista de médicos y especialistas de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor de la red en nuestro directorio en línea en CentralHealthPlan.com/doctor.

- **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. Se encuentra en nuestro sitio web en CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice.

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



En línea en CentralHealthPlan.com

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 2026 estarán disponibles en línea el 15 de octubre de 2025.



En línea en MyCHPportal.com.

Visite nuestro portal de autoservicio para miembros para ver los documentos de su plan en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, o para encontrar un proveedor de la red. Inicie sesión en su Portal para miembros o configure una cuenta en MyCHPportal.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. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.**

Estamos aquí para ayudar

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

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Ծանայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծանայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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
1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。
请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免
费提供。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427 (TTY: 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。

1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.
점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는
분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수
있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로
전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫ້າໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).
ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ
ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(ТТУ: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(ТТУ: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(ТТУ: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(ТТУ: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(ТТУ: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Aviso de No Discriminación

Sección 1557

Central Health Plan



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

Central Health Plan ofrece:

- Asistencia y servicios gratuitos en tiempo y forma para personas con discapacidades a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados en lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos en tiempo y forma para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Central Health Plan entre las 8:00 a. m. y 8:00 p. m. llamando al 1-866-314-2427. Si tiene dificultades de audición o del

1557 No discriminación

Aviso para miembros – CA

H5649_25_8716_CANDN_M

CA-H5649-ND-ES-26-L

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:

Central Health Plan
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 considera que Central Health Plan no brindó estos servicios o que discriminó de manera ilegal de otra manera por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan entre las 8:30 a. m. y 5:30 p. m. llamando al 1-866-606-3889. O bien si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- **En persona:** visite el consultorio de su médico o las oficinas de Central Health Plan e indique que desea presentar una queja.
- **De manera electrónica:** Envíe un correo electrónico a **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan en **MolinaHealthcare.Alertline.com**

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

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

- **Por teléfono:** llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
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 reclamo están disponibles en [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **De manera electrónica:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Puede presentar un reclamo (queja) por derechos civiles si considera que se fue discriminado por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles de U.S. Department of Health and Human Services, ya sea por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

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

Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

- **De manera electrónica:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados “**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 este Aviso. 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.

Para tratamientos

Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar 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.

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-L

Para pagos

Podemos usar 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 su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar 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:

- 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 nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos 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 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 usar 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 se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede usar o compartir 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

Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir 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 de trabajadores

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

Divulgación con otros fines

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

Restricciones adicionales de uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y

enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según 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 recibimos notificación y la 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 para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**

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. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. 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. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

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

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir 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.
- La 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. Puede usar 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 han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el 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 Department of Health and Human Services de EE. UU. 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 nuestras obligaciones?

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.
- 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, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.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 letra grande, sistema braille o audio. 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.

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

Información importante de Molina Healthcare



CAACES26L00359