

2025

Aviso anual de cambios

**Senior Whole Health (HMO D-SNP),
Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), and
Senior Whole Health Senior Care Options
(SCO)**

Massachusetts H2224_001, 003

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025

Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), y Senior Whole Health Senior Care Options (SCO) ofrecidos por Molina Healthcare, Inc., (dba Senior Whole Health, LLC)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (Nursing Home Certifiable) (HMO D-SNP) o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO). Habrá cambios en los beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de dichos cambios.**

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

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en la atención médica (médico u hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y de 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de distribución de costos diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Consulte si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).
- Lea la sección 3, página 12, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si hace poco tiempo se mudó a una institución, vive en una institución en la actualidad (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) 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.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 794-7268. (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.º 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 (888) 794-7268, (TTY:711). La llamada es gratuita.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.
- Medicare aprobó Senior Whole Health para proporcionar copagos más bajos en medicamentos recetados de la Parte D como parte del programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.

Acerca de Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), y Senior Whole Health Senior Care Options (SCO)

- 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. La ley federal exige a MassHealth que recupere el dinero a partir del patrimonio de determinados miembros de MassHealth que tengan 55 años o más o que sean de cualquier edad y reciban cuidados prolongados en una residencia para ancianos u otra institución médica. Para obtener más información acerca de la recuperación del patrimonio de MassHealth, visite www.Mass.gov/EstateRecovery.

- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare, Inc., (dba Senior Whole Health, LLC). Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).

H2224_25_001_003_M AANOC_M ES

Aviso anual de cambios para 2025
Tabla de contenidos

Resumen de cambios importantes para 2025 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año 6

 Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 6

 Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo 6

 Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias 6

 Sección 1.4 – Cambios en los beneficios para servicios médicos 7

 Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 11

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 12

 Sección 3.1 – Si decide permanecer en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO) 12

 Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan 12

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan 13

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid) 13

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados 14

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 15

 Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO) 15

 Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 15

 Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de MassHealth (Medicaid) Medicaid 16

Resumen de cambios importantes para 2025

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 correspondientes a Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), y Senior Whole Health Senior Care Options (SCO) en varias áreas importantes.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0
Consultas médicas	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará lo siguiente: Consultas al médico de atención primaria: \$0 por visita Consultas al especialista: \$0 de copago por visita	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará lo siguiente: Consultas al médico de atención primaria: \$0 por visita Consultas al especialista: \$0 de copago por visita
Hospitalizaciones	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Como usted cumple con los requisitos para recibir el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), pagará \$0 por receta médica.	Como usted cumple con los requisitos para recibir el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), pagará \$0 por receta médica.
Monto máximo de su bolsillo (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0	Debido a que usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de MassHealth (Medicaid), usted pagará \$0

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	\$0	\$0
Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

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

Los directorios actualizados también están disponibles en nuestro sitio web en SWHMA.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien si desea solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025* en SWHMA.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025* en SWHMA.com para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios para servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)- Alimentos y productos agrícolas</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$125 cada trimestre (3 meses) para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta Healthy You se cargará con su asignación para acceder a su beneficio.</p> <p>Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación trimestral para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación sin utilizar no se traslada al siguiente trimestre, y vence al final del año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$45 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta Healthy You se cargará con su asignación para acceder a su beneficio.</p> <p>Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación no utilizada no se traslada al siguiente mes, y caduca al finalizar el año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	cerebrovascular.	cerebrovascular. Calificación de elegibilidad requerida cada año.
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)- Servicios públicos</p>	<p>El beneficio está cubierto como Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). Quienes califican pueden recibir un reembolso directo al miembro de hasta \$150 por trimestre para ayudar a pagar las facturas de servicios (electricidad, gas natural, agua e Internet).</p> <p>La cobertura de SSBCI solo es para miembros con afecciones crónicas específicas. Los miembros deben someterse a una evaluación para determinar la elegibilidad bajo el beneficio para asistencia. Los representantes del plan están a disposición para ayudar con las calificaciones y la presentación de solicitudes de reembolso.</p> <p>Las asignaciones trimestrales deben usarse para servicios prestados en ese trimestre, y no se trasladan al siguiente trimestre en caso de no utilizarse.</p>	<p>El beneficio está cubierto como Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). Quienes califican pueden recibir un reembolso directo al miembro de hasta \$100 por trimestre para ayudar a pagar las facturas de servicios (electricidad, gas natural y agua).</p> <p>La cobertura de SSBCI solo es para miembros con afecciones crónicas específicas. Los miembros deben someterse a una evaluación para determinar la elegibilidad bajo el beneficio para asistencia. Los representantes del plan están a disposición para ayudar con las calificaciones y la presentación de solicitudes de reembolso.</p> <p>Las asignaciones trimestrales deben usarse para servicios prestados en ese trimestre, y no se trasladan al siguiente trimestre en caso de no utilizarse.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)</p>	<p>Usted recibe \$270 por trimestre (3 meses) para los artículos de venta libre (OTC).</p>	<p>Usted recibe \$75 por mes para los artículos de venta libre (OTC). Su tarjeta Healthy You se cargará con su asignación para acceder a su beneficio.</p>
<p>Atención de la vista (suplementaria)</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 suplementarios para la vista cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. 	<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 suplementarios para la vista cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista rutinario cada año calendario.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Una asignación para elementos para la vista de \$300. <p>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto.* • Anteojos (lentes y monturas). • Lentes o monturas para anteojos. • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para 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 excedan el límite de la asignación para elementos para la vista del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una asignación para elementos para la vista de \$200. <p>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto.* • Anteojos (lentes y monturas). • Lentes o monturas para anteojos. • Mejoras (como lentes tintados, con protección UV, polarizados, fotocromáticos). <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para 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 excedan el límite de la asignación para elementos para la vista del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>
Terapia escalonada de la Parte B	El plan tenía terapia escalonada de la Parte B	Consulte la lista de Terapia escalonada 2025 de medicamentos de la Parte B (Código J) de nuestro sitio web para ver los cambios o llame a Servicio para Miembros.

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

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos

o su traslado a un nivel diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el próximo año y consulte si existe alguna restricción.**

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 que le afectarán durante el año del plan. 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 al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 5 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción y/o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no pueda obtener el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 11 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, su profesional que expide recetas o su farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

Debido a que cuenta con MassHealth (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible 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 dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura también será reemplazado 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.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que cuenta con MassHealth (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos. Su deducible es \$0:	Debido a que cuenta con MassHealth (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos. Su deducible es \$0:

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo . La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.	Debido a que cuenta con MassHealth (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Usted paga \$0	Debido a que cuenta con MassHealth (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada subsidio por bajos ingresos. Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: Usted paga \$0

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos durante 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.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Usaremos un proveedor diferente para administrar su tarjeta Healthy You en 2025.	La administración de su tarjeta Healthy You estaba a cargo de un proveedor llamado InComm.	A partir de 2025, la administración de su tarjeta Healthy You estará a cargo de NationsBenefits (se enviarán tarjetas nuevas a los miembros para 2025).

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si quiere cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O--* También puede cambiar a Original Medicare. Si desea cambiarse a Original Medicare, tendrá que decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el localizador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.
 - –OR– Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el año siguiente, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1.º de enero de 2025.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

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

Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, dentro de las que se incluyen las siguientes:

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025, y no está satisfecho con su elección de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

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 de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento. 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 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se conoce como Serving the Health Information Needs of Everyone (SHINE).

Es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender las opciones que tiene en cuanto a planes de Medicare y responder sus preguntas sobre el cambio a otro plan.

Puede llamar a Serving the Health Information Needs of Everyone (SHINE) al (800) 243-4636. Para estar conectado con un asesor local de SHINE y programar una cita, llame a Mass Options al (800) 243-4636, TTY: 711.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) al (800) 841-2900 (TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

También puede comunicarse con el programa de defensoría del pueblo Community Care Ombudsman Program para obtener ayuda con sus beneficios de MassHealth (Medicaid). El Community Care Ombudsman Program está compuesto por un grupo que ayuda a las personas, incluidas sus familias y cuidadores, a abordar inquietudes o preguntas que pueden afectar su experiencia con su plan de salud o la capacidad de acceder a los beneficios y servicios del plan. My Ombudsman trabaja con el miembro, MassHealth (Medicaid) y el plan de salud para ayudar a resolver sus inquietudes y garantizar que reciba sus beneficios y derechos dentro de su plan. Pueden ayudarlo a presentar una apelación o una queja contra nuestro plan. El Community Care Ombudsman Program es imparcial. Puede comunicarse con Community Care Ombudsman Program llamando al (855) 781-9898, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m., hora local.

Para obtener ayuda en persona, visite su oficina en:

My Ombudsman
25 Kingston St. 4th Fl.
Boston, MA 02111

El horario de atención es martes y jueves de 10 a. m. a 3 p. m. Para obtener más información, visite www.myombudsman.org.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (“Extra Help”), también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Extra (Extra Help)”, utilice la siguiente información para comunicarse:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 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.
 - Oficina de Massachusetts MassHealth (Medicaid).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts cuenta con un programa llamado Prescription Drug Assistance que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa 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, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al (617) 502-1700. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 794-7268. El horario de atención para llamadas telefónicas es 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 de 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2025 de Senior Whole Health (HMO D-SNP), Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP), o Senior Whole Health Senior Care Options (SCO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en SWHMA.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en SWHMA.com. Como recordatorio, nuestra página web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*), además de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se envía por correo postal 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. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de MassHealth (Medicaid) Medicaid

Para obtener información de MassHealth (Medicaid) Medicaid, puede llamar a MassHealth (Medicaid) al (800) 841-2900, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m, hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: 711.

Cómo obtener materiales importantes del plan





Cómo obtener documentos importantes del plan

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la obtención de la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan de 2025, como su Manual del miembro, el Formulario y el Directorio de proveedores y farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de 2024**.

Conozca los documentos de su plan

- **Manual del miembro:** 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:** Se encuentra en nuestro sitio web en https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx.

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



En línea, en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan de 2025 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2024.



En línea, en [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/MyMolina)

Utilice el 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 o configure una cuenta en el Portal para Miembros My Molina en [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/MyMolina). Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



Llame sin costo

Infórmenos si no tiene acceso a una computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa del Manual del miembro, el Formulario o el Directorio de proveedores y farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(888) 794-7268 (TTY: 711)**, de **lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local**.

Estamos aquí para ayudar

If you have questions about your benefits, need help finding a network provider or pharmacy, or would like to opt-out of mailed materials, please call our Member Services toll-free number at **(800) 665-3086**, (TTY:

**Aviso de no
discriminación
y accesibilidad**





Aviso de no discriminación - Sección 1557 Molina Healthcare - Medicare

Senior Whole Health of Massachusetts cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en § 92.101(a)).

Para ayudarle a comunicarse eficazmente con nosotros, Senior Whole Health of Massachusetts ofrece servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Senior Whole Health of Massachusetts ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles braille.
- Senior Whole Health of Massachusetts brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen habilidades limitadas en inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes orales calificados. (2) Información traducida a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si cree que le discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja, le ayudaremos. Puede acceder nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web en <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

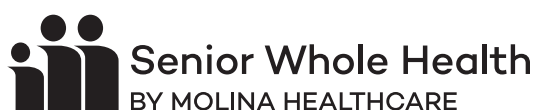
Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar un reclamo (queja) de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU en línea a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> por correo postal o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios para presentar un reclamo están disponibles aquí: <http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Servicios de asistencia de idiomas de Medicare



Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-888-794-7268 (TTY: 711).

English:

The enclosed materials are important and should be translated immediately. We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-794-7268. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Los materiales adjuntos son importantes y se deben traducir inmediatamente. Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-794-7268. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Cambodian:

សម្ភារៈដែលរុំព័ទ្ធមានសារៈសំខាន់ហើយគួរតែត្រូវបានបកប្រែភ្លាម
ៗ។ យើងមានសេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយ
ដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់អ្នក។
ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ
1-888-794-7268 ។ អ្នកដែលស្គាល់ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះ
គឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese Mandarin:

所附材料非常重要，必须立即翻译。如果您对我们的健康计划或药品
计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要
获得口译服务，请致电我们：1-888-794-7268。说对应普通话的人
士会帮助您。这是免费服务。

Haitian Creole:

Materyèl ki fèmèn yo enpòtan epi yo ta dwe tradui imedyatman. Nou gen
sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante
oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan
1-888-794-7268. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon
sèvis gratis.

Laotian:

ວັດສະດុប៊ិດសំខាន់ណាមួយអាចមានសារៈសំខាន់ណាមួយ
ហើយគួរតែត្រូវបានបកប្រែភ្លាមៗ។ យើងមានសេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ
ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់អ្នក។
ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ
1-888-794-7268 ។ អ្នកដែលស្គាល់ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះ
គឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Portugués:

Os materiais em anexo são importantes e devem ser traduzidos imediatamente. Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1–888-794-7268. Alguém que fale português pode ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian:

Прилагаемые материалы важны и их нужно перевести как можно скорее. Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане и о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1–888-794-7268. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Vietnamese:

Các tài liệu đính kèm rất quan trọng và cần phải được dịch ngay lập tức. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1–888-794-7268. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Chinese Cantonese:

隨附的材料很重要，應立即翻譯。您可能對我們的健康或藥物計劃有疑問，我們為此提供免費翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1–888-794-7268。我們的中文工作人員將很樂意為您提供協助。這是一項免費服務。

Tagalog:

Ang mga nakapaloob na materyales ay mahalaga at dapat isalin kaagad. Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-794-7268. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French:

Les documents ci-joints sont importants et doivent être traduits immédiatement. Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-794-7268. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Die beigefügten Materialien sind wichtig und sollten sofort übersetzt werden. Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-794-7268. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

동봉된 자료는 중요하며 즉시 번역되어야 합니다. 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-794-7268 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Arabic:

المواد المرفقة مهمة ويجب ترجمتها فوراً. إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-888-794-7268. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

संलग्न सामग्री महत्वपूर्ण है और उसका अनुवाद तुरंत किया जाना चाहिए। हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-888-794-7268 पर कॉल करें। हृदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

I materiali allegati sono importanti e devono essere tradotti immediatamente. È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-888-794-7268. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

French Creole:

Materyèl tache a enpòtan epi yo ta dwe tradui imedyatman. Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikama nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-794-7268. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Załączone materiały są ważne i należy je natychmiast przetłumaczyć. Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polsku, należy zadzwonić pod numer 1-888-794-7268. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

同封の資料は重要なので、すぐに翻訳する必要があります。弊社では、健康または医薬品プランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご希望の場合は、1-888-794-7268 までお電話ください。日本語を話せるスタッフが対応いたします。これは無料サービスです。

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE SENIOR WHOLE HEALTH

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

Senior Whole Health, LLC bajo el nombre comercial “Senior Whole Health by Molina Healthcare” (“**Senior Whole Health**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Senior Whole Health. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información de salud en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigor de esta Notificación es el 1 de octubre del 2021.

PHI significa información médica protegida. La PHI es información médica que incluye su nombre, su número de miembro u otros identificadores, y es utilizada o compartida por Senior Whole Health.

¿Por qué Senior Whole Health usa o comparte su PHI?

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

Para tratamientos

Senior Whole Health puede 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.

Para pagos

Senior Whole Health puede usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a los 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

Senior Whole Health puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. 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 inquietudes de los miembros. 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:

- 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 de salud. 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 puede Senior Whole Health usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, la ley permite o requiere que Senior Whole Health use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley

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, por ejemplo, para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

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

La 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.

¿Cuándo necesita Senior Whole Health su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Senior Whole Health necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no sea el mencionado en esta Notificación. Senior Whole Health necesita 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 con respecto a su información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

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

Usted puede solicitarnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones 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 utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en confidencialidad. 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 utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su 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 la elaboración de coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de Senior Whole Health. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su 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 utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

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

Usted puede pedirnos que le demos una lista de los terceros con los que compartimos 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.
- 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 período de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, 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 protegieron sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Senior Whole Health y 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:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, 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.

Por escrito:

Senior Whole Health
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Puede presentar una queja a la Secretaría del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos 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 las obligaciones de Senior Whole Health?

Senior Whole Health debe cumplir con lo siguiente:

- 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 las condiciones de esta notificación.

Este aviso está sujeto a cambios

Senior Whole Health se reserva el derecho a 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 cualquier modificación importante, Senior Whole Health publicará la Notificación revisada en nuestro sitio web y enviará la Notificación revisada, o información acerca de la

modificación importante y sobre cómo obtener la Notificación revisada, en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Senior Whole Health.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, 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.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, 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. La llamada es gratuita.







