2025

# Aviso anual de cambios

## Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

## Michigan H5926-001-000

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

H5926_25_001_MIANOC_M ES
MI-H5926-001-DSNP-AC-ES-25

MOLINA® HEALTHCARE

## *Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ofrecido por Molina Healthcare of Michigan, Inc.*

# Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

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

También puede llamar a 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 y costos para saber si le afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico y hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y la distribución de costos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
- 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.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

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 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
   - 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.° de enero de 2025.** Esto finalizará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
   - Lea la sección 3, página 17, 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 inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al (800) 665-3072. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. 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 obtener este documento sin costo en otro idioma o en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (800) 665-3072, (TTY:711). Esta 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 (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

- 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 mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Michigan, Inc.. Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

---

H5926_25_001_MIANOC_M ES

# *Aviso anual de cambios* para 2025
# Tabla de contenidos

**Resumen de costos importantes para 2025 ..... 4**

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

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual ..... 6

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

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

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

Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D ..... 12

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 16**

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir ..... 17**

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ..... 17

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan ..... 17

**SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan ..... 18**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare Medicaid ..... 19**

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados ..... 19**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? ..... 20**

Sección 7.1 – Cómo recibir Ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ..... 20

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 20

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid ..... 21

## Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y de 2025 para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos**.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan***<br>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | $0 | $0 |
| **Consultas médicas** | Consultas al médico de atención primaria: $0 de copago por consulta<br>Consultas a especialistas: $0 de copago por consulta | Consultas al médico de atención primaria: $0 de copago por consulta<br>Consultas a especialistas: $0 de copago por consulta |
| **Internación en hospital** | $0 de copago<br>El plan cubre hasta 90 días de atención en un hospital para pacientes internados durante cada período de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Comenzaremos a aplicar automáticamente los días de reserva de por vida a menos que usted nos indique específicamente que no lo hagamos (consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios). | $0 de copago<br>El plan cubre hasta 90 días de atención en un hospital para pacientes internados durante cada período de beneficios. También tiene una cobertura adicional de 60 días, llamada días de reserva de por vida. Estos 60 días se pueden utilizar únicamente una vez. Comenzaremos a aplicar automáticamente los días de reserva de por vida a menos que usted nos indique específicamente que no lo hagamos (consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles sobre los períodos de beneficios). |
| **Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Los medicamentos cubiertos por la Parte D estarán en una categoría en el formulario. Su costo para un suministro mensual (31 días) adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar: | Deducible: $0<br>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>**Categoría de medicamento 1:**<br>$0 de copago<br>**Categoría de medicamento 2:** |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | **Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:** Usted paga **$0** por medicamento recetado<br>**Todos los demás medicamentos:** Usted paga **$0** por medicamento recetado. | $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>**Categoría de medicamento 3:**<br>$0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.<br>**Categoría de medicamento 4:**<br>$0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>**Categoría de medicamento 5:**<br>$0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>**Categoría de medicamento 6:**<br>$0 de copago<br>Cobertura catastrófica:<br>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | medicamentos cubiertos de la Parte D. |
| **Monto máximo de gastos de bolsillo**<br>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | $8,850<br>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, 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. | $9,350<br>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, 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 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

## Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(Usted debe continuar pagando su prima del plan de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted). | $0 | $0 |

## Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de 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 gastos de bolsillo**<br>**Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.**<br>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos | $8,850 | $9,350<br>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 |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo. | | 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.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar a 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* 2025 en MolinaHealthcare.com/Medicare 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* 2025 en MolinaHealthcare.com/Medicare para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Considere que el *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)-alimentos y productos agrícolas** | Usted recibe una asignación de $50 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta de débito MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros | Usted recibe una asignación de $125 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta de débito MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua. La asignación sin utilizar no se traslada al siguiente mes, y vence al final del año calendario.<br><br>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 cerebrovascular. | elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua. La asignación sin utilizar no se traslada al siguiente mes, y vence al final del año calendario.<br><br>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 accidentes cerebrovasculares.<br><br>Calificación de elegibilidad requerida cada año. |
| **Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)-control de plagas, suministros para animales de servicio, kit de prueba genética no cubierto por Medicare y aplicaciones de salud mental y bienestar.** | Usted recibe una asignación de $150 cada trimestre (3 meses) para usar para los beneficios de SSBCI. El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubierto por Medicare y las aplicaciones de salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses, pero la cantidad de asignación máxima es de $150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se trasladarán al trimestre siguiente.<br><br>Son elegibles los miembros que tengan las siguientes afecciones | Esto no está cubierto como un beneficio suplementario. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | crónicas: 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 cerebrovascular. | |
| **Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)** | Usted recibe una asignación de $370 cada trimestre (3 meses) para usar para acceder a los artículos de venta libre (OTC). | Usted recibe $75 por mes para los artículos de venta libre (OTC). |
| **Servicios dentales (suplementarios)** | Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si acude a un proveedor que pertenece a nuestra red de proveedores dentales, obtendrá Servicios dentales preventivos como exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin costo alguno para usted. Además, tendrá $4,000 en su tarjeta MyChoice para cualquier servicio adicional de este proveedor.<br><br>Si elige utilizar un proveedor dental fuera de nuestra red de proveedores, todos y cada uno de los servicios prestados (incluidos los servicios dentales preventivos o integrales) solo estarán cubiertos cuando use su tarjeta MyChoice y solo hasta la asignación de beneficios de $4,000.<br><br>La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito (no una tarjeta de crédito) y es para que la use usted como | Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si acude a un proveedor que pertenece a nuestra red de proveedores dentales, obtendrá tanto los Servicios dentales preventivos como los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor.<br><br>Los Servicios dentales preventivos incluyen exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin costo alguno para usted. Además, tendrá $3,600 para servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios preventivos suplementarios. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | miembro únicamente para sus necesidades dentales. Esta asignación de beneficios dentales se cargará a la tarjeta MyChoice al comienzo de su periodo de beneficios (anualmente). Al final de cada año de beneficios, cualquier asignación de beneficios que no haya utilizado caduca y no se traslada al siguiente período o año del plan. | |
| **Atención de la vista (suplementaria)** | ¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Los servicios para la vista suplementarios cubiertos incluyen, entre otros:<br>• Un examen de la vista rutinario cada año calendario.<br>• Una asignación para elementos para la vista de $350.<br>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:<br>• Lentes de contacto.*<br>• Anteojos (lentes y monturas).<br>• Lentes o monturas para anteojos.<br>• Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos).<br>*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. | ¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Los servicios para la vista suplementarios cubiertos incluyen, entre otros:<br>• Un examen de la vista rutinario cada año calendario.<br>• Una asignación para elementos para la vista de $200.<br>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:<br>• Lentes de contacto.*<br>• Anteojos (lentes y monturas).<br>• Lentes o monturas para anteojos.<br>• Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos).<br>*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 |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | Usted paga $0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos cada año calendario. | vista del plan.<br>Usted paga $0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos cada año calendario. |
| **VBID Parte D** | Los medicamentos cubiertos de la Parte D en el formulario estarán en un nivel determinado .<br>Su costo por un suministro de un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:<br>Medicamentos genéricos y preferidos de varios lugares de procedencia:<br>Usted paga $0 por receta.<br>Todos los otros medicamentos:<br>Usted paga $0 por receta. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.<br>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>Categoría de medicamento 1: $0 de copago<br>Categoría de medicamento 2:<br>$0, $1.60, o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos)<br>$0, $4.80, o $12.15 de copago para todos los otros medicamentos recetados<br>Categoría de medicamento 3:<br>$0, $1.60, o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos)<br>$0, $4.80, o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>Categoría de medicamento 4:<br>$0, $1.60, o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos)<br>$0, $4.80, o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>Categoría de medicamento 5:<br>$0, $1.60, o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | medicamentos de marca tratados como genéricos)<br>$0, $4.80, o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>Categoría de medicamento 6: $0 de copago<br>Cobertura catastrófica:<br>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos. |
| **Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)** | Este no es un beneficio suplementario cubierto. | Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Usted recibe 8 servicios de asesoramiento adicionales por año calendario para ayudarlo a dejar de fumar o de consumir productos de tabaco. |
| **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 podrían 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 una categoría de distribución de costos diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de distribución de costos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare 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 9 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 a Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por una versión nueva de medicamento genérico en la misma categoría de distribución de costos o en una categoría inferior, y con las mismas o menos restricciones del medicamentos 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 moverlo a una categoría de distribución de costos más alta o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por algunos biosimilares determinados. Esto significa que si, por ejemplo, usted toma el producto biológico original que se reemplazará por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede recibirla 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 12 de su Evidencia de Cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre 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**

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

**Nota:** Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos “Ayuda Extra (Extra Help)”, **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Extra (Extra Help)”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de Septiembre, llame a Servicios para Miembros y solicite su Cláusula Adicional LIS.

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 Deducibles

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa de 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 no se aplica a usted. |

### Cambios en su distribución de costos en la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**<br>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.<br>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando adquiere su medicamento recetado en una farmacia de la red que ofrece distribución de costos estándar.<br>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura*.<br>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos.<br>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. | Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría. Su costo para un suministro mensual (31 días) adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:<br>**Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:**<br>Usted paga **$0** por medicamento recetado.<br>**Todos los demás medicamentos:** Usted paga **$0** por medicamento recetado.<br>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los $5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura). Su distribución de costos es $0 en la etapa de brecha en la cobertura. | **Categoría de medicamento 1:**<br>Usted paga $0 de copago<br>**Categoría de medicamento 2:**<br>Usted paga $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>El costo de una receta por correo para un mes es de $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>**Categoría de medicamento 3:**<br>Usted paga $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br>El costo de una receta por correo para un mes es de $0, $1.60 o |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br><br>Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.<br><br>**Categoría de medicamento 4:**<br><br>Usted paga $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br><br>El costo de una receta por correo para un mes es de $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br><br>**Categoría de medicamento 5:**<br><br>Usted paga $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para todos los demás medicamentos recetados<br><br>El costo de una receta por correo para un mes es de $0, $1.60 o $4.90 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos); $0, $4.80 o $12.15 de copago para |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | todos los demás medicamentos recetados<br>**Categoría de medicamento 6:**<br>Usted paga $0<br>Una vez que haya pagado $2,000 de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica). |

### 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.

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

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

El próximo año realizaremos cambios administrativos. 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 MyChoice en 2025. | La administración de su tarjeta MyChoice estaba a cargo de un proveedor llamado WEX. | A partir de 2025, la administración de su tarjeta MyChoice estará a cargo de NationsBenefits (se enviarán tarjetas nuevas a los miembros para 2025). |
| HearUSA ya no es el proveedor contratado para 2025. | La administración de sus servicios de audición estaba a cargo de HearUSA. | Para 2025, el proveedor de servicios de audición contratado es NationsBenefits. |
| Mom's Meals y GA Foods ya no son proveedores contratados para 2025. | Sus servicios de entrega de comida a domicilio estaban disponibles a través de tres proveedores: Mom's Meals, GA Foods y NationsBenefits. | Para 2025, el proveedor de servicios de entrega de comida a domicilio contratado es NationsBenefits. |
| **Medicare Prescription Payment Plan** | No se aplica. | El Medicare Prescription Payment Plan es una nueva |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al dividirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre).<br><br>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 665-3072, TTY: 711, o visite Medicare.gov. |

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

**Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

### Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

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

#### Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

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

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

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) automáticamente.

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

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, 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 Medicaid, aquellos que obtienen "Ayuda Extra (Extra Help)" para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio.

Debido a que usted tiene la cobertura de Michigan Department of Health and Human Services, puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, dentro de las que se incluyen las siguientes:

- Medicare Original *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 Medicare Original (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 Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Michigan, el SHIP se conoce como Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP).

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 Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) 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 Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) al (800) 803-7174. Puede obtener más información acerca de Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) al visitar su sitio web (http://www.mmapinc.org).

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Michigan Department of Health and Human Services al (517) 373-3740, TTY: 711, lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. hora del Este. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene la cobertura de Medicaid.

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **"Ayuda Extra (Extra Help)" de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la "Ayuda Extra (Extra Help)", también llamada Subsidio por bajos ingresos. La "Ayuda Extra (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 deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días a 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.
  - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de distribución de costos de recetas médicas para personas con HIV/AIDS.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con HIV/AIDS tengan acceso a medicamentos contra el HIV que salvan la vida. 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 distribución de costos en las recetas médicas a través del Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP). 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 (888) 826-6565. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales que varían durante el año (enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle 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 cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 665-3072 o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir Ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al (800) 665-3072. (Solo para usuarios de TTY, llame al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es de 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* de 2025 para Molina Medicare Complete Care(HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar a 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 MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*), además de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos)*.

### Sección 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) 24 horas al día, 7 días a 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 tiene una copia de este documento, puede obtenerla 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 Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a Michigan Department of Health and Human Services al (517) 373-3740.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 **2025** al igual que su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de 2024**.

## Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (EOC):** Una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario (Lista de Medicamentos):** Una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias:** Lista de médicos, especialistas y farmacias de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor o una farmacia de la red en nuestro directorio en línea en **MolinaHealthcare.com/ProviderSearch**.
- **Aviso de prácticas de privacidad:** Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web 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**
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 **2025** estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de**, **2024**.

**En línea, en MyMolina.com**
Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles 24 horas al día, 7 días a 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 la página web **MyMolina.com**. Haga clic en "Create an Account" (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.

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

## Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(800) 665-3086 (TTY: 711).**

# Aviso de no discriminación y accesibilidad

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

Molina Healthcare 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, Molina Healthcare ofrece servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare 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.
- Molina Healthcare 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 formulatios para presentar un reclamo están disponibles aquí: http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

**Medicare**
**Language Assistance Services**

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**English:**

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-665-3086. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:**

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 1-800-665-3086. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:**

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-800-665-3086。说普通話的人士会帮助您。这是免费服务。

**Chinese Cantonese:**

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-800-665-3086 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

**Tagalog:**

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-3086. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:**

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-665-3086. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:**

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 1-800-665-3086. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-3086. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-665-3086번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-665-3086. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإلجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى االتصال بنا على الرقم 1-800-665-3086. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

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 1-800-665-3086 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:**

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 1-800-665-3086. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-665-3086. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-3086. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polsku, należy zadzwonić pod numer 1-800-665-3086. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:**

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-665-3086 にお電話ください。日本語を話 す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA MEDICARE

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

Molina Healthcare of Michigan ("**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") usa y comparte información de salud protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina Medicare. 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 este aviso es el 23 de septiembre de 2013.

**PHI** significa *información médica protegida*. La PHI es información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

**¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?**

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

**Para tratamientos**
Molina 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 los pagos**
Molina puede 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**

Molina 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 Molina usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

Además de tratamientos, pagos y funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI para varios otros propósitos, 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**
La PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

**Funciones gubernamentales**
Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

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

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Molina 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. También puede pedirnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que nombre y estén involucradas en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales de** PHI
  Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.
- **Revisar y copiar su PHI**
  Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos como miembro de Molina. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina 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 el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**
  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.
  - La información que es parte de un conjunto de datos limitado de acuerdo con la ley aplicable.
  - La PHI revelada por motivos de seguridad nacional o de inteligencia.

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 usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (800) 665-3072, 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 Molina 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 realizar un reclamo de las siguientes maneras:

Por teléfono: Departamento de Servicios para Miembros de Molina (800) 665-3072, 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: Molina Healthcare of Michigan
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:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD) (312) 886-1807 FAX

**¿Cuáles son las obligaciones de Molina?**
Molina 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 modificaciones**
**Molina se reserva el derecho de modificar los términos y las normas sobre la información de este Aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará 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 Molina.**

**Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Por teléfono: Departamento de Servicios para Miembros de Molina (800) 665-3072, 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: Molina Healthcare of Michigan
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de servicio al cliente al (800) 665-3086, TTY/TDD 711, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (800) 665-3086,TTY/TDD 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

MIH59261ES25