

2022

Aviso Anual de Cambios

Molina Medicare Choice Care (HMO)

New Mexico H9082_009

Sirviendo a los condados de: Bernalillo, Chaves, Cibola, DeBaca, Dona Ana, Grant, Guadalupe, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance y Valencia

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2022.



Molina Medicare Choice Care (HMO) ofrecido por Molina Healthcare of New Mexico, Inc

Aviso Anual de Cambios para 2022

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (Tableros) que se encuentra en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el siguiente año.
- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Piense en los costos de atención médica generales.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura 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 la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Lea la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 2021, se lo inscribirá en el plan Molina Medicare Choice Care (HMO).
 - Para cambiar a un **plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si usted no se inscribe a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en el plan Molina Medicare Choice Care.
- Si se inscribe en otro plan hasta el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 440-0127 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención funciona los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra de molde grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, 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.

Acerca de Molina Medicare Choice Care (HMO)

- Molina Medicare Choice Care (HMO) es un plan de salud con un contrato de Medicare. La inscripción en Molina Medicare Choice Care depende de la renovación del contrato.
- Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of New Mexico, Inc. Cuando se dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Choice Care (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Molina Medicare Choice Care (HMO) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Prima mensual del plan*	\$28.20	\$34.30
* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Deducible	\$203	\$203
Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al 2021 y que podrían cambiar para el 2022. <i>Molina Medicare Choice Care</i> proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.		
Suma máxima de su bolsillo	\$7,550	\$7,550
Esta es la suma <u>máxima</u> 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).		
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: 20 % del costo por consulta Visitas a especialista: 20 % del costo por consulta	Visitas al médico de atención primaria: 20 % del costo por consulta Visitas a especialista: 20 % del costo por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
<p>Internación en hospital</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Los montos por cada período de beneficios son de \$0 o los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,484 de deducible por período de beneficios • \$0 por los días de 1 a 60 • \$371 de copago por día para los días de 61 a 90 • \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida 	<p>Estos son montos de costos compartidos del 2021 y podrían cambiar para el año 2022.</p> <p>Molina Medicare Choice Care proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,484 de deducible por período de beneficios • \$0 por los días de 1 a 60 • \$371 de copago por día para los días de 61 a 90 • \$742 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p> <p>Para conocer los medicamentos que corresponden a insulinas seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$10 de copago • Categoría de medicamento 3: \$44 de copago • Categoría de medicamento 4: 37 % del costo • Categoría de medicamento 5: 25 % del costo 	<p>Deducible: \$480</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$10 de copago • Categoría de medicamento 3: \$44 de copago • Categoría de medicamento 4: 32 % del costo • Categoría de medicamento 5: 25 % del costo

Aviso Anual de Cambios para 2022
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el año siguiente	4
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Choice Care (HMO)	14
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan	14
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de plan	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care (HMO)	16
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	17

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

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Prima mensual	\$28.20	\$34.30
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si va a recibir una “Ayuda Adicional (Extra Help)” para sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare.

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

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

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Suma máxima de su bolsillo	\$7,550	\$7,550
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) cuentan para la suma máxima de su propio bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la
Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan		

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.		Parte B durante el resto del año natural.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias del 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. 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.

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias del 2022* para ver las farmacias que forman parte de nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2022*. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Servicios de programas para tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), en el que se incluyen los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos.
- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Pruebas periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Transporte, no emergencia (suplementario)	Su cobertura incluye hasta 48 viajes de ida cada año	Asignación de \$465 cada trimestre (3 meses) para utilizar para acceder a los Servicios de OTC o de transporte que elija.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
	natural a lugares aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia.	La asignación vence al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre. Simplemente utilice su Tarjeta de Débito MyChoice para pagarle al Proveedor en el momento en que se prestan los servicios.
Elementos de venta libre (OTC) (Suplementarios)	Usted tiene \$295 por trimestre (3 meses) para gastar en elementos de OTC aprobados por el plan.	Asignación de \$465 cada trimestre (3 meses) para utilizar para acceder a los Servicios de OTC o de transporte que elija. La asignación vence al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre. Simplemente utilice su Tarjeta de Débito MyChoice para pagarle al Proveedor en el momento en que se prestan los servicios.
Terapia progresiva de la Parte B (requiere que pruebe un medicamento específico para ver si puede ayudarlo antes de que se apruebe otro medicamento).	Sin cobertura	La terapia progresiva de la Parte B puede aplicarse a los medicamentos de la Parte B.
Servicios dentales (Suplementarios)	Asignación máxima de \$2,500 por cada año natural para todos los servicios suplementarios de cuidado dental integral, incluidas las dentaduras postizas.	Asignación de \$3,500 cada año para utilizar para acceder a servicios dentales de rutina. También recibirá una tarjeta de descuento para poder acceder a tarifas reducidas en determinados proveedores con solo mostrar su tarjeta. Ya no es necesario que utilice el proveedor del plan para acceder a estos servicios.

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
		<p>Simplemente utilice su Tarjeta de Débito MyChoice para pagarle al proveedor.</p>
<p>Cuidados para la vista (Suplementarios)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta un examen de la vista rutinario y refracción para lentes cada año natural. \$250 cada 2 años naturales para elementos para la vista. Los beneficios deben ser proporcionados por el proveedor contratado del plan. Algunos servicios de rutina requieren autorización previa. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.</p>	<p>Asignación de \$250 cada año natural para elementos para la vista y servicios para la vista de rutina. También recibirá una tarjeta de descuento para poder acceder a tarifas reducidas en determinados proveedores con solo mostrar su tarjeta. Ya no es necesario que utilice el proveedor del plan para acceder a estos servicios. Simplemente utilice su Tarjeta de Débito MyChoice para pagarle al proveedor. Es posible que haya cambios en algunos servicios de rutina que requieran autorización previa. Mientras usted esté consultando a un Proveedor de nuestra red, ese Proveedor de la Red obtendrá cualquier autorización previa requerida. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá obtener una Autorización Previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
Autorizaciones Previas	<p>Es posible que se requiera autorización previa para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de telesalud adicionales -Servicios de salud mental de especialistas -Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios -Servicios de podología -Servicios psiquiátricos <p>Algunos servicios de rutina requieren autorización previa. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de telesalud adicionales -Servicios de salud mental de especialistas -Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios -Servicios de podología -Servicios psiquiátricos <p>Puede que se requieran cambios en algunos servicios de rutina que requieren autorización previa. Mientras usted esté consultando a un proveedor de nuestra red, ese proveedor de la red obtendrá cualquier autorización previa requerida. Si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia/requeridos urgentemente o diálisis renal fuera del área.</p>
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)	Sin cobertura	<p>Aquellos que califiquen recibirán una asignación de \$150 cada trimestre (3 meses) para acceder a uno o más de los siguientes beneficios suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicaciones de salud mental y bienestar - Control de plagas

Costo	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
		- Suministros para animales de servicio -Kits de pruebas genéticas No cubiertas por Medicare Al momento de la aprobación, se cargará en su Tarjeta de Débito MyChoice su asignación para acceder a su beneficio. La asignación vence al final de cada trimestre y no se transfiere al siguiente trimestre.
Alimentos y productos agrícolas	Sin cobertura	Asignación de \$40 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Al momento de la aprobación, su Tarjeta de Débito MyChoice se cargará con su asignación para acceder a su beneficio.

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

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del siguiente año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

- **Hablar con su médico (u otro recetador) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el periodo en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones de formulario actuales estarán cubiertas hasta la fecha de la carta de aprobación que se le envió. Las autorizaciones abarcan años naturales y recibirá una carta nuestra 45 días antes de que venza su autorización actual para recordarle el vencimiento.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la Lista de Medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en la red en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional [Extra Help]”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede que no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (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 "Extra Help (Ayuda Adicional)", pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su "Cláusula adicional LIS".

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el siguiente año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web en

www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en las categorías 2 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Su monto deducible es de \$445 para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en la categoría 1 que se excluyen del deducible, según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p>	<p>Su monto deducible es de \$480 para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en la categoría 1 que se excluyen del deducible, según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p>No existe deducible para insulinas seleccionadas de Molina Medicare Choice Care. Usted paga \$35 por insulinas seleccionadas.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguro, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la 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.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p> <p>Genérico - Categoría 2: Usted paga \$10 de copago por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p> <p>Genérico - Categoría 2: Usted paga \$10 de copago por receta médica.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el siguiente año)
	<p>Marca preferida - Categoría 3: Usted paga \$44 de copago por receta médica.</p> <p>No se dispone de cobertura adicional para insulinas seleccionadas.</p> <p>Medicamento no preferido - Categoría 4: Usted paga 37 % del costo por receta médica.</p> <p>Categoría de Medicamentos Especializados - Categoría 5: Usted paga 25 % del costo.</p>	<p>Marca preferida - Categoría 3: Usted paga \$44 de copago por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por receta médica en el caso de insulinas seleccionadas.</p> <p>Medicamento no preferido - Categoría 4: Usted paga 32 % del costo por receta médica.</p> <p>Categoría de Medicamentos Especializados - Categoría 5: Usted paga 25 % del costo.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

Molina Medicare Choice Care ofrece cobertura adicional durante la brecha de cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de Brecha en Cobertura, los gastos de su bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Choice Care (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Molina Medicare Choice Care.

Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en su momento,
- *O--* También puede cambiar a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Choice Care (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Choice Care (HMO).
- 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 el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este cuadernillo).

- – 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.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare 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 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En New Mexico, el SHIP se conoce como New Mexico Aging and Long Term Services Department.

El New Mexico Aging and Long Term Services Department es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). 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 New Mexico Aging and Long Term Services Department pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a New Mexico Aging and Long Term Services Department al (800) 432-2080. Puede obtener más información sobre New Mexico Aging and Long Term Services Department visitando el sitio web (<http://www.nmaging.state.nm.us/>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional (Extra Help)” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. 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 asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del HIVAIDS Services Program - NEW Mexico Dept. of Health ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el proceso de inscripción en el programa, llame al (505) 827-2435.

SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 440-0127. (Solo para usuarios de TTY, llame al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas funciona los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura de 2022* para Molina Medicare Choice Care (HMO). 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. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. 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 www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*), además de nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y Usted 2022

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) 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.

