

Aviso anual de cambios

OHIO

Brown, Butler, Clark, Clermont, Clinton, Columbiana, Delaware, Fairfield, Fayette, Franklin, Greene, Hamilton, Highland, Hocking, Lake, Madison, Miami, Montgomery, Morrow, Perry, Pickaway, Preble, Union y Warren

2018

Molina Medicare Options Plus HMO SNP

**Departamento de Servicios para Miembros (866) 472-4584,
TTY / TDD 711**

7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

MolinaHealthcare.com/Medicare



Molina Medicare Options Plus HMO SNP ofrecido por Molina Healthcare of Ohio

Aviso anual de cambios para 2018

Actualmente, está inscrito como miembro del plan Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. *Este folleto contiene información sobre los cambios.*

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿cuáles cambios son pertinente a usted?

Verifique los cambios a 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 utiliza?
- Consulte la Sección 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique en el cuadernillo los cambios en cobertura de medicamentos recetados para saber si estos le afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están sus medicamentos en una categoría diferente con un costo compartido distinto?
- ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, como un requerimiento de autorización antes de surtir su medicamento recetado?
- ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Habrán cambios al costo relacionado al uso de esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos de 2018 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el año siguiente.

- ¿Sus médicos están en nuestra red?
- ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense en los costos generales de su salud.

- ¿Cuánto pagará de su propio bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan cuando se comparan a otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** aprenda sobre otras opciones en planes de salud

Verifique la cobertura y costos de planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en la página web <https://www.medicare.gov>. Pulse “Encontrar planes de salud y medicamentos”.
- Revise la lista al reverso de su manual "Medicare y usted".
- Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que reduzca su selección de plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan de salud.

3. **SELECCIONE:** decida si desea cambiar su plan de salud

- Si usted **permanece** en Molina Medicare Options Plus HMO SNP, usted no tiene que hacer nada. Usted permanecerá en Molina Medicare Options Plus HMO SNP.
- Si usted quiere **cambiar a un plan de salud diferente** que mejor cumpla con sus necesidades, usted puede cambiar de planes en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección 4, página 17 para obtener más información sobre sus opciones.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Nuestras horas de servicio son 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- También puede solicitar esta información en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande.
- **La cobertura conforme a este plan reúne los requisitos como una cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Información acerca de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

- Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Options Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se está haciendo referencia a Molina Healthcare of Ohio. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

H0490_18_1127_0004_OHAE2 es Accepted 09/13/2017 7397036MED0917

Resumen de costos importantes para 2018

En la tabla siguiente, se comparan los costos de 2017 y 2018 para Molina Medicare Options Plus HMO SNP en varios aspectos importantes. **Por favor, tome en cuenta que esto es solamente un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la Evidencia de Cobertura adjunta para ver si hay otros cambios en los beneficios o costos que lo afecten.**

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$0 a \$29.80	\$0 a \$32.00
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
Deducible	<p>\$0 o \$183</p> <p>Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.</p>	<p>Este monto puede modificarse para 2018.</p> <p>Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.</p>
Visitas al consultorio del médico	<p>Consultas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo para proveedores de atención primaria por consulta</p> <p>Consultas al especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta</p> <p>Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo para proveedores de atención primaria por consulta</p> <p>Consultas al especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta</p> <p>Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.</p>

Costo**2017 (este año)****2018 (el año próximo)****Internación en hospital**

Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en hospital para pacientes internados comienza el día en que sea internado formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.

Las sumas por cada período de beneficios son \$0 o:

- \$1,316 de deducible para los días 1 a 60
- \$329 de copago cada día, para los días 61 a 90

\$658 de copago cada día para 60 días de reserva de por vida

Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.

Estas cantidades pueden cambiar para el 2018.

Si usted reúne los requisitos para asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará \$0.

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0 o \$82</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica. • Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica. 	<p>Deducible: \$0 o \$83</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para todos los otros medicamentos • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica. • Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
<p>Cantidad máxima de su propio bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que paga en efectivo por sus servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles.)</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si usted reúne los requisitos para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable por pagar ningún costo de su propio bolsillo que cuente hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si usted reúne los requisitos para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable por pagar ningún costo de su propio bolsillo que cuente hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2018 Índice

Resumen de costos importantes para 2018	1
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP en 2018.....	6
SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	6
Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual.....	6
Sección 2.2: Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo	6
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores	7
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 2.5 - Cambios a beneficios y costos por servicios de atención médica	8
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Molina Medicare Options Plus HMO SNP.....	16
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar planes	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	18
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Molina Medicare Options Plus HMO SNP.....	18
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	19
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	20

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscripto automáticamente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP en 2018

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare en 2017, automáticamente lo inscribiremos en nuestro plan Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Esto significa que a partir del 1.º de enero de 2018, usted recibirá cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente. También puede pasarse a Medicare Original y recibir su cobertura de medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados. Si reúne los requisitos de subsidios por bajos ingresos, puede cambiar de planes en cualquier momento.

En este documento se proporciona información acerca de las diferencias entre los beneficios que recibe actualmente en Molina Medicare Options Plus HMO SNP y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2018 como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Prima mensual	\$0 a \$29.80	\$0 a \$32.00
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted.)		

Sección 2.2: 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 propio bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “cantidad máxima de su propio bolsillo”. Una vez que alcanza esta cantidad, normalmente usted no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Cantidad máxima de su propio bolsillo	\$6,700	\$6,700
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$6,700 de su propio bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año natural.
Si usted reúne los requisitos para la ayuda de Medicaid con copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su propio bolsillo que cuente hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo por servicios cubiertos de Parte A y Parte B.		
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) cuentan hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo.		

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestra página web en <http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios a 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, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proveerle un aviso con una antelación de por lo menos 30 días si su proveedor abandona su plan para que así tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor de salud.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar y trabajaremos con usted para garantizarle que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado 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 2.4 – 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 medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web <http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2018 para determinar qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 2.5 - Cambios a beneficios y costos por servicios de atención médica

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

El próximo año, vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*, de su *Evidencia de Cobertura de 2018*. Se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura* en este sobre.

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Servicios dentales	<p>\$10 de copago por consulta</p> <p>Máximo anual de beneficio - \$1,000</p> <p>Dentadura postiza: \$500 en asignación máxima cada 3 años (pero una asignación máxima de \$250 por cada placa dental cada 3 años)</p> <p>Radiografías panorámicas: no cobertura</p> <p>Raspado profundo: 2 cada 2 años</p> <p>Asignación de dentadura: una cada 3 años, \$500 de asignación máxima cada 3 años (pero una asignación máxima de \$250 por cada placa dental cada 3 años)</p> <p>Endodoncias / tratamiento de conducto radicular: no cobertura</p> <p>Coronas y restauración / reparación de corona: no cobertura</p> <p>Puente y reparación de puente: no cobertura</p>	<p>\$10 de copago por consulta</p> <p>Máximo anual de beneficio - combinación de preventivo e integral: \$1,250 en asignación máxima cada año. \$500 en asignación máxima para dentadura postiza incluida en el total global de \$1,250.</p> <p>Radiografías panorámicas: 1 cada 3 años</p> <p>Raspado profundo: 4 cuadrantes cada 2 años</p> <p>Asignación de dentadura: una cada año, \$500 de asignación máxima cada año</p> <p>Endodoncias / tratamiento de conducto radicular: cubierto</p> <p>Coronas y restauración / reparación de corona: cubierto</p> <p>Puente y reparación de puente: cubierto</p>
Elementos para la vista: incluye lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos), lentes para anteojos, marcos para anteojos, actualizaciones	Los elementos para la vista no están cubiertos	Asignación de \$150 cada 2 años

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Beneficio de gimnasio	Beneficio de gimnasio no está cubierto	\$0 de copago para la membresía de gimnasios participantes de FitnessCoach® o para el Programa de Ejercicio en Casa de FitnessCoach®.
Artículos de venta libre (OTC)	\$20 de asignación por mes CVS proporciona acceso al beneficio de OTC por medio del programa de pedidos por correo y una opción de compras en la tienda.	\$60 de asignación cada 3 meses Convey proporcionará acceso al beneficio de OTC solo por medio del programa de pedidos por correo.
Servicios de transporte	Los servicios de transporte no están cubiertos	Usted tiene un copago de \$0 por 24 viajes de un solo sentido cada año
Exámenes de la visión / examen oftalmológico de rutina	Los exámenes de visión o examen oftalmológico de rutina no están cubiertos	\$0 de copago 1 examen de la visión / examen oftalmológico de rutina cada año

Sección 2.6 – 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”. Una *Lista de Medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestra página web en <http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584, TTY al 711 para información actualizada de medicamentos o solicítenos que se le envíe por correo la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios en las 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 vea si habrá alguna restricción.**

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

- **Hablar con su médico (u otro recetador) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del año siguiente.
 - Para enterarse cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale a su médico (o recetador) que busque un medicamento diferente que esté cubierto.** Se puede comunicar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En ciertas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro provisional, por **una sola vez** de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el período 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 su autorización actual expire para recordarle del vencimiento.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez 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 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. Ya que usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este anexo antes del 31 de octubre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”. Los números

de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la 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 próximo 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 Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en la etapa de deducibles

Etapa	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en las categoría 2 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>La cantidad de su deducible es \$0 o \$82 cada año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en categoría 1 los cuales están excluidos del deducible, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba.</p>	<p>La cantidad de su deducible es \$0 o \$83 cada año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en categoría 1 los cuales están excluidos del deducible, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

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

Etapa	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:
Una vez que paga el deducible anual, usted 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.	Genérico de preferencia - Categoría 1:	Genérico de preferencia - Categoría 1:
	Usted paga	Usted paga
	\$0 de copago por receta médica.	\$0 de copago por receta médica.
	Genéricos – Categoría 2:	Genéricos – Categoría 2:
	Usted paga	Usted paga
	\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica.	\$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica.
	Marca preferida - Categoría 3:	Marca preferida - Categoría 3:
	Usted paga	Usted paga
	\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
	\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
	Medicamento de marca no preferida - Categoría 4:	Medicamento de marca no preferida - Categoría 4:

Etapa

	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
	<p>Usted paga</p> <p>\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica.</p> <p><i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i></p>	<p>Usted paga</p> <p>\$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.</p> <p><i>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</i></p>
	<p>Usted paga</p> <p>\$0, \$1.20 o \$3.30 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$3.70 o \$8.25 de copago para los demás medicamentos por receta médica.</p> <hr/>	<p>Usted paga</p> <p>\$0, \$1.25 o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>\$0, \$3.70 o \$8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.</p> <hr/>

Etapa	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son por el suministro de un mes (31 días) cuando adquiere su medicamento recetado en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro prolongado o de pedidos por correo de medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>

Cambios en las etapas de Brecha en Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica son dos etapas en cobertura para medicamentos para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan para 2018.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo uno de nuestros afiliados el año próximo, pero si desea cambiarse en 2018, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare las opciones que tiene disponibles

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente en cualquier momento.
- -- O -- Puede cambiarse a Medicare Original a cualquier hora.

Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si quiere unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2018*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en la página web de Medicare. Ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos 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 7.1 de este cuadernillo).
 - – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, y solicitar 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 separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Ya que usted reúne los requisitos para recibir tanto Medicare como Medicaid, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o sin ella) o pasarse a Medicare Original (con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Ohio, el SHIP se conoce como: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP).

Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP): un programa independiente (no afiliado con ninguna empresa de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare. Los consejeros de: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP), le pueden ayudar con sus preguntas o problemas de Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y contestar preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) al (800) 686-1578 Puede obtener más información sobre: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP), visitando la página web <http://www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx> .

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Medicaid comuníquese con: Ohio Department of Medicaid, (800) 324-8680, TTY al 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p. m.,

sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.. Pregunte cómo su cobertura de Medicaid se afectará si usted se inscribe en otro plan de salud o si regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito en ‘Ayuda Adicional’ denominada también Subsidio por Ingresos Bajos. La Ayuda Adicional paga por algunas primas de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted reúne los requisitos, no tiene una brecha en cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre Ayuda Adicional, comuníquese a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de Costo Compartido para Medicamentos Recetados para Personas con VIH / SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP, que viven con VIH / SIDA, tengan acceso a medicamentos contra el VIH para salvar vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidos un comprobante de residencia del estado y la condición de VIH, bajos ingresos, según lo define el estado, y condición de asegurado o subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados por medio de: Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a: Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP), teléfono: (800) 777-4775.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584. (Sólo para TTY, llame al 711.) Estamos disponibles para llamadas los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Las llamadas a estas líneas son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura 2018* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener detalles, puede consultar la *Evidencia de Cobertura* de 2018 para Molina Medicare Options Plus HMO 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 respetar para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura* en este sobre.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en <http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare>. Como recordatorio, nuestra página web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 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 la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo 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 la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2018*

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2018*. Este folleto se envía todos los años durante el otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y se responde a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en la página web de Medicare en (<http://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.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a: Ohio Department of Medicaid al (800) 324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar a: 711.



Departamento de Servicios para Miembros (866) 472-4584,
TTY / TDD 711
7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local