

# 2024

## Aviso Anual de Cambios

### Molina Medicare Choice Care (HMO)

#### Ohio H9955\_002

Sirviendo a los condados de: Adams, Allen, Ashland, Athens, Auglaize, Brown, Butler, Carroll, Champaign, Clark, Clermont, Clinton, Columbiana, Coshocton, Crawford, Cuyahoga, Darke, Defiance, Delaware, Erie, Fairfield, Fayette, Franklin, Fulton, Gallia, Geauga, Greene, Guernsey, Hamilton, Hancock, Hardin, Harrison, Henry, Highland, Hocking, Holmes, Huron, Jackson, Jefferson, Knox, Lake, Lawrence, Licking, Logan, Lorain, Lucas, Madison, Mahoning, Marion, Medina, Meigs, Mercer, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Morrow, Muskingum, Noble, Ottawa, Paulding, Perry, Pickaway, Pike, Portage, Preble, Putnam, Richland, Sandusky, Scioto, Seneca, Shelby, Stark, Summit, Trumbull, Union, Van Wert, Vinton, Warren, Washington, Williams, Wood y Wyandot

**En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.**



## **Molina Medicare Choice Care(HMO) ofrecido por Molina Healthcare of Ohio, Inc**

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Molina Medicare Choice Care. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de 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 nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

---

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios aplican para usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de la red el próximo año.
- 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 la página web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página 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 2023, permanecerá en el plan Molina Medicare Choice Care.

- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Molina Medicare Choice Care.
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive en una o se acaba de mudar de una institución, puede cambiar de planes o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, como letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (866) 472-4584, TTY:711. Esta llamada es gratuita.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requerimiento 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). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Acerca de Molina Medicare Choice Care

- Molina Healthcare es un plan DSNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes DSNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción 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 reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Ohio, Inc. Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Choice Care.

H9955\_24\_002\_OHANOC\_M\_ES

OHM02ACSP0824

## **Aviso Anual de Cambios para 2024**

### **Tabla de contenidos**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual .....	5
Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo .....	6
Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias .....	6
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	6
Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	11
<b>SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>	<b>14</b>
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Choice Care .....	14
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de plan .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care .....	16
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	16

## Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2023 y los costos del 2024 correspondientes a Molina Medicare Choice Care en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
<b>Monto máximo de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</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).	\$8,300	\$8,300
<b>Consultas con el médico</b>	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta  Consultas a especialistas: \$20 de copago por consulta	Consultas al médico de atención primaria: \$0 de copago por consulta  Consultas a especialistas: \$35 de copago por consulta
<b>Internación en hospital</b>	Los montos por cada período de beneficios son los siguientes:  \$295 de copago por día para los días 1 al 6 del período de beneficio. \$0 de copago por día para los días 7 al 90 del período de beneficio. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	Los montos por cada período de beneficios son los siguientes:  \$325 de copago por día para los días 1 al 6 del período de beneficio. \$0 de copago por día para los días 7 al 90 del período de beneficio. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$125 Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$3 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$12 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 5: 31% del costo</li> <li>• Categoría de medicamento 6: \$0 de copago</li> </ul> Cobertura catastrófica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos.</li> </ul>	Deducible: \$125 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$3 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$12 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100 de copago</li> <li>• Categoría de medicamento 5: 31% del costo</li> <li>• Categoría de medicamento 6: \$0 de copago</li> </ul> Cobertura catastrófica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

**SECCIÓN 1 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente**

**Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0

- 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.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Monto máximo de su bolsillo</b>	\$8,300	\$8,300
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo de su bolsillo.	Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año natural.	Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año natural.
Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de su propio bolsillo.		

## Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien si desea solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* 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 el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Atención en hospital para pacientes internados</b>	Usted abona \$295 de copago por día para los días 1 al 6 del período de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 al 90 del período de beneficios. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	Usted abona \$325 de copago por día para los días 1 al 6 del período de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 al 90 del período de beneficios. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.
<b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</b>	Usted abona \$0 de copago por día para los días 1-20 y \$184 de copago por día para los días 21-100.	Usted abona \$0 de copago por día para los días 1-20 y \$200 de copago por día para los días 21-100.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted abona \$20 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	Usted abona \$15 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Usted abona \$30 de copago por cada consulta ambulatoria médicamente necesaria de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) o al fonoaudiólogo (SP).	Usted abona \$40 de copago por cada consulta ambulatoria médicamente necesaria de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) o al fonoaudiólogo (SP).
<b>Atención médica de emergencia</b>	Usted abona \$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted abona \$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
<b>Servicios de hospitalización parcial</b>	Usted abona \$55 de copago por cada día que califique para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	Usted abona \$70 de copago por cada día que califique para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</b>	Usted abona \$20 de copago por cada consulta con un médico de cuidado especializado.	Usted abona \$35 de copago por cada consulta con un médico de cuidado especializado.
<b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</b>	Usted abona de \$125 a \$225 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. \$225 para servicios radiológicos complejos; \$125 para todos los demás. Usted paga 20% de coseguro para servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios cubiertos por Medicare.	Usted abona de \$0 a \$225 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. \$0 si se realizan en el consultorio de un médico; \$125 de manera independiente; \$225 en un centro. Usted paga del 0% al 20% de coseguro para servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios cubiertos por Medicare.



Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		0% en el consultorio de un médico o de manera independiente; 20% en un centro.
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	Usted abona \$225 de copago por cada cirugía ambulatoria.	Usted abona de \$0 a \$500 de copago por cada cirugía ambulatoria. \$0 para una colonoscopia; \$500, otros
<b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</b>	Usted abona \$0 de copago por cada estancia hospitalaria con servicios de observación para pacientes ambulatorios.	Usted abona \$325 de copago por cada estancia hospitalaria con servicios de observación para pacientes ambulatorios.
<b>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</b>	Usted abona \$50 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria.	Usted abona de \$0 a \$250 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria. \$0 para una colonoscopia; \$250, otros
<b>Atención de salud mental ambulatoria</b>	Usted abona \$20 de copago cada vez que se le proporcione atención de salud mental y servicios psiquiátricos ambulatorios prestados por personal no médico, incluidos el control de la terapia con medicamentos y las consultas de terapia individual o grupal.	Usted abona \$45 de copago cada vez que se le proporcione atención de salud mental y servicios psiquiátricos ambulatorios prestados por personal no médico, incluidos el control de la terapia con medicamentos y las consultas de terapia individual o grupal.
<b>Abuso de sustancias</b>	Usted abona \$30 de copago por cada consulta por abuso de sustancias.	Usted abona \$45 de copago por cada consulta por abuso de sustancias.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted abona \$200 de copago por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre. Usted abona \$200 de copago por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia aérea. Se necesita autorización previa únicamente para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.	Usted abona 20% de coseguro por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre. Usted abona 20% de coseguro por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia aérea. Se necesita autorización previa únicamente para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.
<b>Transporte que no es de emergencia (complementario)</b>	Usted recibe una asignación de \$115 cada trimestre (3 meses) para usar para acceder a transporte. Esta asignación está combinada con el beneficio OTC.	Esto no está cubierto como un beneficio complementario.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Elementos de venta libre (OTC) (complementario)</b>	Usted recibe una asignación de \$115 cada trimestre (3 meses) para usar para acceder a elementos OTC. Esta asignación está combinada con el beneficio de transporte.	Esto no está cubierto como un beneficio complementario.
<b>Servicios de podología (complementario)</b>	Usted abona \$0 de copago por hasta 6 consultas de podología médicamente necesarias por año calendario.	Esto no está cubierto como un beneficio complementario.
<b>Cuidados de la vista (cubierto por Medicare)</b>	Usted abona \$0 de copago para artículos para la vista después de la cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.	Usted paga 20% de coseguro para artículos para la vista después de la cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.
<b>Cuidados de la vista (complementario)</b>	Usted tiene una asignación máxima de \$200 por año calendario para todos los exámenes de la vista y artículos para la vista complementarios.	<p>Nos hemos asociado con un proveedor de la vista para darle más valor para sus necesidades habituales de la vista.</p> <p>Los servicios complementarios para la vista incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <p>La cobertura incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista de rutina por año calendario</li> <li>• Una asignación de \$100 para artículos para la vista</li> </ul> <p>Puede utilizar su asignación para artículos para la vista para comprar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de contacto*</li> <li>• Anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Lentes para anteojos o marcos</li> <li>• Mejoras (por ejemplo, lentes de sol, con protección UV, polarizados o fotocromáticos)</li> </ul> <p>* Si elige lentes de contacto, su asignación para artículos 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 correctivos para la vista que excedan el límite de la asignación para artículos para la vista del plan.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		Usted paga \$0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos por año calendario.
<b>Servicios auditivos (complementarios)</b>	Puede obtener hasta 2 audífonos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año calendario.	Puede obtener un examen de audición de rutina y hasta 2 audífonos preseleccionados cada 2 años.
<b>Servicios dentales (complementarios)</b>	Usted tiene una asignación máxima de \$2,000 por cada año calendario para todos los servicios dentales preventivos e integrales complementarios combinados. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual.	Usted paga \$0 para exámenes dentales preventivos, profilaxis, tratamiento con flúor y radiografías dentales. Se aplican límites anuales; consulte la EOC para obtener información adicional sobre la cobertura.
<b>Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI): alimentos y productos agrícolas</b>	<p>Usted recibe una asignación de \$45 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación por mes para obtener productos agrícolas y alimentos saludables, como vegetales, carne, mariscos, productos lácteos y agua. La asignación no utilizada no se transfiere al siguiente mes y vence al final del año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$40 por mes para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta MyChoice se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación por mes para obtener productos agrícolas y alimentos saludables, como vegetales, carne, mariscos, productos lácteos y agua. La asignación no utilizada no se transfiere al siguiente mes y vence al final del año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.	salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.
<b>Servicios de apoyo en el hogar</b>	Recibe hasta 90 horas. Ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas y preparación de comidas, así como asistencia con las actividades de la vida diaria.	Esto no está cubierto como un beneficio complementario.

## 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.

Hemos introducido cambios en nuestra Lista de medicamentos que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos o ubicarlos en una categoría diferente de costo compartido. **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 costo compartido.**

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. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de medicamentos recetados

**Nota:** Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **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 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. Si recibe “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**. En la siguiente información, se muestran los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de brecha en cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica).

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido en la que se encuentre.

• **Recursos adicionales de ayuda** – Comuníquese con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584 si desea obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana

**Cambios en la Etapa de deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 1-5 hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la varicela, el tétanos y para viajes.</p>	<p>El deducible es \$125.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos para los medicamentos del nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los niveles 1-5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$125.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos para los medicamentos del nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los niveles 1-5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura Inicial</b></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 <b>usted paga su parte del costo</b>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p><b>Genéricos preferidos - Categoría 1:</b> Usted paga \$3 de copago por receta médica.</p> <p><b>Genérico - Categoría 2:</b> Usted paga \$12 de copago por receta médica.</p> <p><b>Marca preferida - Categoría 3:</b> Usted paga \$47 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><b>Genéricos preferidos - Categoría 1:</b> Usted paga \$3 de copago por receta médica.</p> <p><b>Genérico - Categoría 2:</b> Usted paga \$12 de copago por receta médica.</p> <p><b>Marca preferida - Categoría 3:</b> Usted paga \$47 de copago por receta médica.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p><b>Medicamento no preferido - Categoría 4:</b> Usted paga \$100 de copago por receta médica.</p> <p><b>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</b> Usted paga 31% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos seleccionados para el cuidado - Categoría 6:</b> Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p>	<p><b>Medicamento no preferido - Categoría 4:</b> Usted paga \$100 de copago por receta médica.</p> <p><b>Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:</b> Usted paga 31% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos seleccionados para el cuidado - Categoría 6:</b> Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura Inicial (continuación)</b></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 médicas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>. Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, 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 \$5,030, 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 catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha en cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, 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 catastrófica.

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

## SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Choice Care

**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 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 quiere cambiar de plan para el 2024, siga estos pasos:

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

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

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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Molina Medicare Choice Care automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Molina Medicare Choice Care 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 el Departamento de 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2024.

## ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional” (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.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero del 2024 y no le gusta su opción de plan, 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 del 2024.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de cuidados especializados o un hospital de atención a largo plazo), en la actualidad reside allí o simplemente se mudó de ella, 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 por separado) en cualquier momento.

## 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 independiente con asesores capacitados en cada estado. En Ohio, el SHIP se conoce como Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP).

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 Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) pueden ayudarlo(a) si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo(a) 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 Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) al (800) 686-1578. Puede obtener más información sobre Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) visitando el sitio web (<https://insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip>).

## SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” 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, incluyendo 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. 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;
  - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - 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 contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar 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 no 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 Ohio HIV Drug Assistance Program (OHDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el proceso de inscripción en el programa, llame al (800) 777-4775.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Choice Care

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584. (Solo para usuarios de TTY, llame al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es los 7 días de 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 2024 (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 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* del 2024 de Molina Medicare Choice Care. 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 los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://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 nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). Como recordatorio, nuestra página 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 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. (Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

---

## **Lea *Medicare y Usted 2024***

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este documento se envía por correo postal 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 respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



# **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 para el 2024, como su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre del 2023**.

### Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, 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:** 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 el sitio web [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch).
- **Aviso de prácticas de privacidad:** En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Se encuentra en nuestro sitio web en [https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms\\_privacy.aspx](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, visitando el siguiente sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)**

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan del 2024 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre del 2023.



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

Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión o configure una cuenta en el Portal para Miembros My Molina en el sitio web [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/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, el Formulario o el Directorio de Proveedores y Farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 665-3086, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.**

---

## **Estamos aquí para ayudarlo(a)**

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia dentro de la red o quiere dejar de recibir los materiales por correo, llame al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086 TTY: 711.



## 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:**

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-665-3086。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

### **Chinese Cantonese:**

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-665-3086。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

### **Tagalog:**

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-665-3086. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay 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.

Medicare (ID (MAPD), IL, MI, NV, OH, SC, TX, UT, WA, WI, NE, IN)  
Y0050\_23\_49\_LRStateMLI\_C



**Vietnamese:**

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-665-3086 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren 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 1-800-665-3086 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-665-3086. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

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

**Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-665-3086 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-665-3086. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:**

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 dwòg 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 polski, 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。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。





Llamada de miembros: (866) 472-4584, TTY: 711  
los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local