

# 2024

## Aviso Anual de Cambios

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

#### Ohio H9955\_003

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 Complete Care Select (HMO D-SNP) que ofrece Molina Healthcare of Ohio, Inc.***

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

Actualmente se encuentra inscrito(a) en calidad de miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). 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 [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*.

---

### **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 Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP).

- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan 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 Complete Care Select (HMO D-SNP).
- Lea la sección 2, página 15, para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 el siguiente: 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 Complete Care Select (HMO D-SNP)

- 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.
- 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 Complete Care Select (HMO D-SNP).
- 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 asegurable ni ubicación geográfica.

## ***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 próximo .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Propio Bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias .....	7
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	12
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>15</b>
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) .....	15
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan .....	15
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiarse de plan .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>17</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) .....	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	18
Sección 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid .....	18

## Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 correspondientes a Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) 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>	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
<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: Entre \$0 y \$30 de copago por consulta
<b>Deducible</b>	Entre \$226	Entre \$0 y \$226  Este es el monto del deducible de la Parte B de Medicare 2023 que podría cambiar para 2024. Proporcionaremos tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas por Medicare. El Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) o la elegibilidad de Medicaid determina cualquier ayuda que reciba con esto o cualquier costo compartido aplicado.
<b>Internación en hospital</b>	\$295 de copago por día para los días 1 a 6 del período de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del período de beneficios. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$325 de copago por día para los días 1 a 6 del periodo de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del periodo de beneficios. \$0 de copago para los días de reservade por vida cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: el deducible es de hasta \$505.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Categoría de medicamento 1:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Categoría de medicamento 2:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 3:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 4:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 5:</b></p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría.</p> <p>Su costo para un suministro mensual (de 31 días) surtido en una farmacia de la red con los costos compartidos estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b> Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <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>	
<b>Monto máximo de su bolsillo</b>	\$8,300	\$8,850
<p>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).</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Usted no es responsable de pagar costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

### Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el siguiente año)
<p><b>Prima mensual</b></p> <p>(Usted debe continuar pagando su mensualidad de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	\$0	\$0

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de 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	\$8,850
<b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.</b>	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 \$8,850 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.
Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar los costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de su bolsillo.		

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

Puede encontrar los directorios actualizados 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 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 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

Tenga en cuenta que, en el *Aviso Anual de Cambios*, se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Atención en hospital para pacientes internados</b>	\$295 de copago por día para los días 1 a 6 del período de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del período de beneficios. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$325 de copago por día para los días 1 a 6 del periodo de beneficios. \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del periodo de beneficios. \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio</b>	Usted paga \$0 o 20 % del costo por cada terapia física (PT) ambulatoria médicamente necesaria, terapia ocupacional (OT) o consulta al fonoaudiólogo (SP).	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$40 de copago por cada terapia física (PT) ambulatoria médicamente necesaria, terapia ocupacional (OT) o consulta al fonoaudiólogo (SP).
<b>Atención médica de emergencia</b>	Usted paga \$90 de copago por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$100 de copago por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
<b>Servicios requeridos urgentemente</b>	Usted paga \$25 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$30 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.
<b>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las consultas al consultorio médico</b>	Usted paga \$20 de copago por cada consulta realizada por un médico de atención especializada.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$30 de copago por cada consulta realizada por un médico de atención especializada.
<b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$0 de copago por cada estadía de observación en un hospital para pacientes ambulatorios.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 de copago o 20% de coseguro por cada estadía de observación en un hospital para pacientes ambulatorios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Atención médica mental ambulatoria</b>	Usted paga \$10 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.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$45 de copago cada vez que se le proporcione atención de salud mental y servicios psiquiátricos ambulatorios prestados por personal no médico, incluidos el monitoreo del tratamiento con medicamentos y las consultas de tratamiento individuales o grupales.
<b>Abuso de sustancias</b>	Usted paga \$10 de copago por cada consulta por abuso de sustancias.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$30 de copago por cada consulta por abuso de sustancias.
<b>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja</b>	Usted paga \$0 de copago por consulta de acupuntura cubierta por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$15 de copago por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.
<b>Acupuntura (suplementario)</b>	Usted paga \$0 de copago por hasta 12 consultas por año calendario para servicios de acupuntura.	Usted paga \$15 de copago por hasta 12 consultas por año calendario para servicios de acupuntura.
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por consulta quiropráctica cubierta por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$15 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.
<b>Servicios quiroprácticos (suplementarios)</b>	Usted paga \$0 de copago por hasta 12 consultas por año calendario.	Usted paga \$15 de copago por hasta 12 consultas por año calendario.
<b>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por consulta de podología cubierta por Medicare.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 o \$30 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare.
<b>Cuidado para la vista (cubierto por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por artículos para la vista cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.	De acuerdo con su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 de copago o 20% de coseguro por artículos para la vista cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Cuidados de la vista (suplementarios)</b>	Usted tiene una asignación máxima de \$500 por año calendario para todos los exámenes de la vista y artículos para la vista suplementarios.	<p>Nos hemos asociado con un proveedor de la vista con el fin de brindarle más valor para sus necesidades de la vista rutinarias. Entre los servicios de la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:</p> <p>La cobertura incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista rutinario cada año calendario</li> <li>• Una asignación para artículos para la vista</li> </ul> <p>Puede usar su asignación de \$200 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 monturas)</li> <li>• Lentes o monturas para gafas</li> <li>• Mejoras (tales como, lentes tintados, 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 para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos para la vista del plan. \$0 de copago por hasta un examen de la vista rutinario (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>
<b>Servicios de audición (suplementarios)</b>	Puede obtener hasta 2 audífonos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año calendario.	Puede realizarse un examen de audición rutinario y obtener hasta 2 audífonos preseleccionados cada 2 años.
<b>Servicios dentales (suplementarios)</b>	Usted tiene una asignación máxima de \$3,000 por cada año calendario para todos los servicios dentales preventivos e integrales suplementarios combinados. Es posible que usted deba pagar los	Esto no está cubierto como beneficio suplementario.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	costos si supera su asignación máxima anual.	
<b>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI): alimentos y productos agrícolas</b>	<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 mensual para obtener productos agrícolas y alimentos saludables, como verduras, carnes, mariscos, productos lácteos y agua. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente y vence al final del año calendario. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>	<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 mensual para obtener productos agrícolas y alimentos saludables, como verduras, carnes, mariscos, productos lácteos y agua. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente y vence al final del año calendario. Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>
<b>Elementos de venta libre (OTC) (suplementarios)</b>	<p>Usted recibe una asignación de \$470 cada trimestre (3 meses) para usar para acceder a los elementos OTC.</p>	<p>Esto no está cubierto como beneficio suplementario.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Servicios de Apoyo en el Hogar</b>	Obtiene hasta 90 horas. Ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas y preparación de comidas, así como también asistencia con las actividades de la vida diaria.	Esto no está cubierto como beneficio suplementario.

## 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

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

**Nota:** Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda 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).

• **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)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	el deducible es de hasta \$505.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### 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>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Categoría de medicamento 1:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Categoría de medicamento 2:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 3:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 4:</b> Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario estarán en una categoría.</p> <p>Su costo para un suministro mensual (de 31 días) surtido en una farmacia de la red con los costos compartidos estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b> Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica</p>

Etapa	2023 (Este año)	2024 (el próximo año)
	<p>(incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</p> <p><b>Categoría de medicamento 5:</b></p> <p>Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</p> <p>Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados</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 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>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 <b>\$5,030</b>, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura). Sus costos compartidos son \$0 en la etapa de brecha en cobertura.</p>

**Cambios en su beneficio de la Parte D del Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID, por sus siglas en inglés)**

Medicare aprobó Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) para proporcionar cobertura de medicamentos recetados de la Parte D como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Bajo el VBID, usted paga \$0 por todas las recetas cubiertas de la Parte D en todas las etapas del beneficio.

## 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 nada por 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 Complete Care Select (HMO D-SNP)

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

### 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.

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 automáticamente su inscripción en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP).
- 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.

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

### SECCIÓN 3 Cómo cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el año siguiente, 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. Por ejemplo, pueden hacerlo 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.

Debido a que tiene Ohio Department of Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

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 institución o se acaba de mudar de una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento.

### SECCIÓN 4 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 independiente que cuenta 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 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 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>).

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Ohio Department of Medicaid al (800) 324-8680, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, utilice la siguiente información para comunicarse:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
  - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o bien a 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 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 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 Complete Care Select (HMO D-SNP)

¿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 información, consulte la *2024 Evidencia de cobertura* de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener 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) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite la página web de Medicare**

Visite la página web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas 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. Contiene 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 la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **Sección 6.3 – Cómo Obtener Ayuda de Medicaid**

---

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

# **Cómo obtener materiales importantes del plan**





## Cómo obtener documentos importantes del plan

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la obtención de la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan 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).

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). 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 panggagamot. 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 대해 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.

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

**Português:**

Disponemos 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。



