MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care

HMO SNP

2021 | Aviso anual de cambios

South Carolina H8176_001

Sirviendo a los condados de Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York.

Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) ofrecido por Molina Healthcare of South Carolina

Aviso anual de cambios para 2021

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

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta médica?
- ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su propio bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

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

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira: 31 de diciembre de 2021)

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
- ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Lea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense en los costos de atención médica generales.

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

☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de plan

☐ Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en la página web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted.
- Lea la Sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ 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 a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la Sección 3, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro departamento de Servicios para Miembros al (844) 526-3195. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

- También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema braille o en letra de molde grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (El IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

- Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of South Carolina. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care (HMO 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 reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

Resumen de costos importantes para 2021

La tabla a continuación compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios**. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	De $0 a $23.80	De $0 a $27.60
Deducible	$0 o $198 Si usted es elegible para los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.	$0 o $198 Estos son montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para el año 2021. *Molina Medicare Complete Care* proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Si usted es elegible para los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.
Consultas con el médico	Consultas de atención primaria: $0 del costo por consulta. Visitas a especialista: $0 del costo por consulta. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0 por consulta.	Consultas de atención primaria: $0 del costo por consulta. Visitas a especialista: $0 del costo por consulta. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	Las sumas por cada periodo de beneficios son $0 o: • Deducible de $1,408 para los días 1 a 60 • Copago de $352 por día para los días 61 a 90 Copago de $704 por día durante 60 días de reserva de por vida Si usted es elegible para los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.	Estos son montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para el año 2021. Molina Medicare Complete Care proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Las sumas por cada periodo de beneficios son $0 o: • Deducible de $1,408 para los días 1 a 60 • Copago de $352 por día para los días 61 a 90 Copago de $704 por día durante 60 días de reserva de por vida Si usted es elegible para los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: $0 u $89 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: $0 de copago	Deducible: $0 o $92 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: $0 de copago

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
	• Categoría de medicamento 2: Copago de $0, $1.30 o $3.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $3.90 u $8.95 para los demás medicamentos por receta médica	• Categoría de medicamento 2: Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica
	• Categoría de medicamento 3: $0, $1.30 o $3.60 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.90 u $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica	• Categoría de medicamento 3: $0, $1.30 o $3.70 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica
	• Categoría de medicamento 4: $0, $1.30 o $3.60 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.90 u $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica	• Categoría de medicamento 4: $0, $1.30 o $3.70 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
	• Categoría de medicamento 5: $0, $1.30 o $3.60 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.90 u $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica	• Categoría de medicamento 5: $0, $1.30 o $3.70 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica
Suma máxima de su propio bolsillo Esta es el monto máximo que pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	$6,700 Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de su propio bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$7,550 Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de su propio bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2021
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2021 1

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente 6

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual 6

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo 6

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores 7

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias 8

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 13

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 14

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan 14

SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan 15

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid 15

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados 16

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 16

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 16

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 17

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid 17

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted).	De $0 a $23.80	De $0 a $27.60

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

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

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	$6,700	$7,550
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles		Una vez que haya pagado $7,550 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

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar los costos de su bolsillo hasta la suma máxima de su bolsillo para 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 suma máxima de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su bolsillo.		durante el resto del año natural.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Consulte el 2021 Directorio de proveedores y farmacias para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red**.

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

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

- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2021 para ver qué farmacias hay en nuestra red**.

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

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Servicios de telesalud adicionales	Los servicios de telesalud adicionales no están cubiertos.	Usted abona un copago de $0 por los servicios de telesalud adicionales para servicios de atención médica primaria.
Servicios dentales (suplementarios)	Usted tiene una asignación anual máxima de $1,500 para los servicios integrales cubiertos.	Usted tiene una asignación anual máxima de $2,000 para los servicios integrales cubiertos.

Costo	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)	Activity Tracker no está cubierto.	Usted realiza un copago de $0. Activity Tracker está cubierto.
Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) (suplementario)	Asignación de $325 cada 3 meses. No están cubiertos los precios con tarjetas de débito/minoristas de medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).	Asignación de $350 cada 3 meses. Están cubiertos los precios con tarjetas de débito/minoristas de medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).
Transporte – no emergencia (suplementario)	Usted abona un copago de $0 por 48 viajes de ida por año.	Usted abona un copago de $0 por 60 viajes de ida por año.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

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

- **Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del siguiente año.
  - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale al médico (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía

para evitar una brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el periodo en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

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

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

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

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede que no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional 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 pida su “Cláusula adicional LIS”.

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

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

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Su monto deducible es de $0 u $89 para los medicamentos	Su monto deducible es de $0 o $92 para los medicamentos

Etapa	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos en las categorías 3 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en las categorías 1 y 2 que se excluyen del deducible, según el nivel de "Ayuda Adicional" (Extra Help) que reciba.	recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en las categorías 1 y 2 que se excluyen del deducible, según el nivel de "Ayuda Adicional" (Extra Help) que reciba.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: ***Genéricos preferidos - Categoría 1:*** Usted paga $0 de copago por receta médica. ***Genérico - Categoría 2:*** Usted paga Copago de $0, $1.30 o $3.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $3.90 o $8.95 para los demás medicamentos por receta médica. ***Marca preferida - Categoría 3:***	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: ***Genéricos preferidos - Categoría 1:*** Usted paga $0 de copago por receta médica. ***Genérico - Categoría 2:*** Usted paga Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica. ***Marca preferida - Categoría 3:***

Etapa	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
	Usted paga $0, $1.30 o $3.60 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	Usted paga $0, $1.30 o $3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
	$0, $3.90 o $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
	Medicamento no preferido - Categoría 4:	***Medicamento no preferido - Categoría 4:***
	Usted paga $0, $1.30 o $3.60 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	Usted paga $0, $1.30 o $3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
	$0, $3.90 o $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
	Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:	***Categoría de medicamentos especializados - Categoría 5:***
	Usted paga $0, $1.30 o $3.60 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	Usted paga $0, $1.30 o $3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
	$0, $3.90 o $8.95 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $4.00 o $9.20 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación) 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	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los $4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los $4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).

Etapa	2020 (este año)	2021 (el siguiente año)
largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de cobertura*. Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.		

Cambios en la Etapa de brecha en cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

La Etapa de brecha en cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las etapas**.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Haremos algunos cambios administrativos en los beneficios seleccionados durante el próximo año. La información de la siguiente tabla describe dichos cambios.

	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cambio en el Programa de Beneficios Suplementarios de Acondicionamiento Físico	Los Beneficios Suplementarios de Acondicionamiento Físico se proporcionan a través del programa FitnessCoach®	Los Beneficios Suplementarios de Acondicionamiento Físico se proporcionan a través del programa Silver&Fit®
Cambio en el Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)	Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)	Sistema Personal de Respuesta a Emergencias Plus (PERSPlus)

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO 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 inscribirá automáticamente en nuestro plan Molina Medicare Complete Care.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2021, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- *O*-- También puede cambiar a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted **2021***, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (vea la Sección 7.2).

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

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO 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 para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).

- – *o* – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el siguiente año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2021.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 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 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En South Carolina, el SHIP es conocido como *Departamento para Adultos Mayores de South Carolina*.

Departamento para Adultos Mayores de South Carolina es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Departamento para Adultos Mayores de South Carolina 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 Departamento para Adultos Mayores de South Carolina al 1-800-868-9095. Puede conocer más sobre Departamento para Adultos Mayores de South Carolina visitando su sitio web (https://aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid, comuníquese con Departmento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina al (888) 549-0820, TTY: (888) 842-3620, de lunes a viernes,

de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábado 9:00 a. m. - 12:00 p. m. hora del este (EST). Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 6 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (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 de South Carolina AIDS Drug Assistance Plan. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 856-9954.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al departamento de Servicios para Miembros al (844) 526-3195. (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* 2021 para Molina Medicare Complete Care (HMO SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar al departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/ Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en la página web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departmento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina al (888) 549-0820. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: (888) 842-3620.