

2025

Aviso Anual de Cambios

**Molina Medicare Complete Care Plus
(HMO D-SNP) un plan Medi-Cal de Medicare**

California H3038-003-000

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Medi-Cal ofrecido por Molina Healthcare of California.

Aviso anual de cambios para 2025

Introducción

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura y normas. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información relacionada. Para obtener más información sobre los beneficios o las normas, consulte el *Manual del Miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, lao, ruso, tagalo y vietnamita.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letra grande, sistema braille o audio, en forma gratuita. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Aprobación de OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Tabla de contenidos

A. Exención de responsabilidad	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	3
B1. Información sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	4
B2. Cosas importantes para hacer	4
C. Cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red	5
D. Cambios en los beneficios para el próximo año	5
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos	5
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados	10
E. Cambios administrativos	13
F. Elección de un plan	13
F1. Permanecer en nuestro plan	13
F2. Cambiarse de plan	13
G. Obtención de ayuda	16
G1. Nuestro plan	16
G2. Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)	17
G3. Programa de Mediador	17
G4. Medicare	17
G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California	18

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. Exención de responsabilidad

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) 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 Plus 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 en reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- La lista de medicamentos cubiertos o redes de farmacias y proveedores puede cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.
- La elegibilidad para el Beneficio Modelo o los Programas de Incentivos y Recompensas (RI) del modelo de VBID no está garantizada y será determinada por la Organización de Medicare Advantage (MAO) después de la inscripción, según los criterios relevantes (p. ej., diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa para el control del estado de la enfermedad), en caso de que la elegibilidad de los miembros seleccionados para los beneficios modelo o los programas de RI no esté asegurada o no pueda determinarse antes de un año del plan, según corresponda.
- Medicare aprobó Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para proporcionar copagos más bajos en 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.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si opta por dejar de participar en nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se efectuó su solicitud. Seguirá formando parte de los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información acerca de lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Las opciones y los servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

B1. Información sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud con contratos tanto con Medicare como con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura bajo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Cuando en este Aviso Anual de Cambios se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia al Plan Medi-Cal de Medicare.

B2. Cosas importantes para hacer

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios que puedan afectarle.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean útiles para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que puedan afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea útil para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted consulta regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Piense en los costos generales del plan.**
 - ¿En qué se diferencian los costos totales de otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**

En caso de decidir permanecer con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):

Si desea permanecer con nosotros el año siguiente, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en Molina Medicare Complete Care Plus HMO D-SNP.

En caso de decidir cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2025.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* para consultar si sus proveedores o farmacias forman parte de nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números de teléfono que se encuentran al final de la página para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que tenga en cuenta que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene determinados derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas	Usted recibe una asignación de \$80 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su	Usted recibe una asignación de \$75 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>(SSBCI)- Alimentos y productos agrícolas</p> <p>Esta sección continúa en la página siguiente</p>	<p>tarjeta de débito 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 alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación sin utilizar no se traslada 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, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>	<p>tarjeta de débito 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 alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación sin utilizar no se traslada 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, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares.</p> <p>Calificación de elegibilidad requerida cada año.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)- control de plagas, suministros para animales de servicio, kit de prueba genética no cubierto por Medicare y</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$150 cada trimestre (3 meses) para usar para los beneficios de SSBCI. El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubierto por Medicare y las aplicaciones de</p>	<p>Esto no está cubierto como un beneficio suplementario.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
aplicaciones de salud mental y bienestar.	<p>salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses, pero la cantidad de asignación máxima es de \$150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se trasladarán al trimestre siguiente.</p> <p>Son elegibles los miembros que tengan las siguientes afecciones crónicas: 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/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>	
Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)	Usted recibe \$320 por trimestre (3 meses) para los artículos de venta libre (OTC).	Usted recibe \$100 por mes para los artículos de venta libre (OTC).
Transporte que no es de emergencia (suplementario)	Esto no está cubierto como un beneficio suplementario.	Usted recibe 12 viajes de ida a través de American Logistics.
Atención de la vista (suplementaria)	<p>¡Nos hemos asociado con VSP para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios suplementarios para la vista cubiertos se incluyen los siguientes: La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. 	<p>¡Nos hemos asociado con VSP para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios suplementarios para la vista cubiertos se incluyen los siguientes: La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista rutinario cada año calendario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> • Una asignación para elementos para la vista de \$500. <p>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto.* • Anteojos (lentes y monturas). • Lentes o monturas para anteojos. • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para elementos 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 elementos para la vista del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una asignación para elementos para la vista de \$200. <p>Puede usar su asignación para elementos para la vista para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto.* • Anteojos (lentes y monturas). • Lentes o monturas para anteojos. • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para elementos 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 anteojos correctivos que excedan el límite de la asignación para anteojos del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios dentales (suplementarios)	<p>Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si acude a un Proveedor que pertenece a nuestra red de Proveedor dental, obtendrá Servicios dentales preventivos como Exámenes bucales, Limpiezas, Tratamientos con fluoruro y Radiografías sin costo alguno para usted.</p> <p>Además, tendrá \$1,000 en su tarjeta MyChoice para cualquier servicio adicional de este proveedor. Si eligió utilizar un proveedor dental fuera de la red de nuestro Proveedor, todos y cada uno de los servicios prestados (incluidos los servicios dentales preventivos o integrales) solo estarán cubiertos cuando use su tarjeta MyChoice y solo hasta la asignación de beneficios de \$1,000.</p> <p>La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito (no una tarjeta de crédito) y es para que la use usted como miembro únicamente para sus necesidades dentales. Esta asignación de beneficios dentales se cargará a la tarjeta MyChoice al comienzo de su periodo de beneficios (anualmente). Al final de cada año de beneficios, cualquier asignación de beneficios que no haya utilizado caduca y no se traslada al siguiente período o año del plan. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC)</p>	<p>Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si acude a un Proveedor que pertenece a nuestra red de Proveedor dental, obtendrá tanto los Servicios dentales preventivos como los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor.</p> <p>Los Servicios dentales preventivos incluyen Exámenes bucales, Limpiezas, Tratamientos con fluoruro y Radiografías sin costo alguno para usted.</p> <p>Además, tendrá \$1,000 para servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios preventivos suplementarios.</p> <p>Nota: Esta cobertura es para el beneficio suplementario dental de Medicare. Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal. Los beneficios dentales están disponibles en el Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal. Si desea obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	para obtener detalles adicionales sobre la cobertura.	Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información, también puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/ .
Terapia escalonada de la Parte B	El plan tenía terapia escalonada de la Parte B	Consulte la lista de Terapia escalonada 2025 de medicamentos de la Parte B (Código J) de nuestro sitio web para ver los cambios o llame a Servicio para Miembros.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Puede encontrar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando a los números de teléfono que aparecen al final de la página para recibir información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina *Lista de Medicamento*.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, y cambios en los 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 para saber si existe alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por Medicare y/o el estado que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Pídale a su médico (u otra persona que receta) que busque un medicamento diferente que esté cubierto.

- Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su administrador de casos para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma afección.
- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.
- Hable con su médico (u otra persona que receta) y solicítenos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta).
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* o llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su administrador de casos. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos.
- Solicítenos que cubramos un suministro provisional del medicamento.
 - En algunos casos, cubrimos un suministro **provisional** de su medicamento durante los primeros (90) días del año calendario.
 - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*).
 - Cuando usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá hablar con su médico sobre qué hacer cuando se termine su suministro provisional. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que nuestro plan cubra o solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento actual.

Si se aprueba su excepción de formulario, se le notificará la duración de dicha aprobación. En la mayoría de los casos, las aprobaciones se otorgan por un año. Deberá solicitar una nueva excepción de formulario cuando su aprobación expire.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico y con las mismas o menos reglas que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas normas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por algunos biosimilares determinados. Esto significa que si, por ejemplo, usted toma el producto biológico original que se reemplazará por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio,



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede recibirla después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su Manual del Miembro. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients.

También puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de la página o pedirle más información a su proveedor de atención médica, su profesional que expide recetas o su farmacéutico.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

No habrá cambios en 2025 en el monto que usted paga por sus medicamentos recetados. A continuación encontrará información sobre su cobertura de medicamentos recetados.

La siguiente tabla muestra sus costos de medicamentos en nuestra categoría de medicamentos.

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte D	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2024, el costo de un medicamento recetado adquirido en una farmacia de la red será de \$0 en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado gracias al diseño de seguro basado en el valor (VBID).</p>	<p>Los medicamentos cubiertos por la Parte D en el formulario del plan estarán en una categoría.</p> <p>Debido a que cuenta con Medi-Cal, usted ya está inscrito en la “Ayuda Extra (Extra Help)”, también llamada subsidio por bajos ingresos.</p> <p>En 2025, el costo de un medicamento recetado adquirido en una farmacia de la red será de \$0 en todas las etapas del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D con el beneficio mejorado gracias al diseño de seguro basado en el valor (VBID).</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



E. Cambios administrativos

Estamos realizando cambios administrativos para el año próximo. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Usaremos un proveedor diferente para administrar su tarjeta MyChoice en 2025.	La administración de su tarjeta MyChoice estaba a cargo de un proveedor llamado WEX.	A partir de 2025, la administración de su tarjeta MyChoice estará a cargo de NationsBenefits (se enviarán tarjetas nuevas a los miembros para 2025).
HearUSA ya no es el proveedor contratado para 2025.	La administración de sus servicios de audición estaba a cargo de HearUSA.	Para 2025, el proveedor de servicios de audición contratado es NationsBenefits.

F. Elección de un plan

F1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que continúe siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o se cambia a Medicare Original, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan durante el 2025.

F2. Cambiarse de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados períodos del año. Como usted tiene Medi-Cal, puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción anual**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1.º de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Medi-Cal o “Ayuda Extra (Extra Help)” cambió.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Si recientemente se mudó a una institución o si actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o a un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Si selecciona una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.</p> <p>Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si tiene consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Puede inscribirse en un nuevo plan Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan Medi-Medi.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p>

	<p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, comuníquese con el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<p>obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.</p>	
<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el Período de inscripción anual y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección F2.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela de forma automática cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.</p>

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo elegir un plan de Medi-Cal o cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

G. Obtención de ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle en caso de que tenga preguntas. Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página en los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Lea su *Manual del Miembro*

Su *Manual del Miembro* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios para el 2025. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados que cubrimos.

El *Manual del Miembro* para 2025 estará disponible a partir del 15 de octubre. Siempre tendrá a su disposición una copia actualizada del *Manual del Miembro* en nuestro sitio web en molinahealthcare.com/Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una copia del *Manual del Miembro* para 2025.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)*.

G2. Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En California, el SHIP es conocido como Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones del plan y responder a preguntas sobre el cambio de planes. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. TTY 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Programa de Mediador

El Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal puede ayudarle si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios de mediador son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal:

- Funciona como un defensor en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
- Se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame 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.

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, la página web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para que pueda comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” [Buscar Planes]).

Medicare y Usted 2025

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2025*. 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. Este manual también se encuentra disponible en español, chino y vietnamita.

Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en la página web de Medicare (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.

G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja formal contra el plan de salud, en primer lugar, debe llamar al **(855) 665-4627**, TTY: **711** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con este departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse con el departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, aparecen los formularios de reclamo, de solicitud de IMR y las instrucciones en línea. Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.

CAH30383ES25



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 de **2025**, como su Manual del Miembro, el Formulario y el Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de 2024**.

Conozca los documentos de su plan

- **Manual del miembro:** 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 (Lista de medicamentos):** 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**.
- **Aviso de prácticas de privacidad:** Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web en **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 en **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 **2025** estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de, 2024**.



En línea, en **MyMolina.com**

Utilice el portal de autoservicio para miembros para ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas, 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 la página web **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 una computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa del Manual del miembro, el Formulario o el Directorio de proveedores y farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(855) 665-4627 (TTY: 711)**, de **8 a. m. a 8 p. m. hora del este**

Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(855) 665-4627 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

**Aviso de no
discriminación
y accesibilidad**



Aviso de no discriminación: Sección 1557 Molina Healthcare-Medicare

Molina Healthcare (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios sin costo alguno, oportunamente:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Molina Healthcare proporciona servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes orales calificados. (2) Información traducida a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si cree que le discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja, le ayudaremos. Puede acceder nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web en <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar un reclamo (queja) de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU en línea a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> por correo postal o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles aquí: <http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>



**Aviso de no discriminación: Sección 1557
Molina Healthcare-Medicare**

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 916-440-7370 (o marque 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Los formularios de quejas están disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.



CALIFORNIA EAE NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴԻՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, գանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711):
Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711) 로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອາທ່ານ, ໂທໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر می خواهید راهنمایی ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in có lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of California (“**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) utiliza y comparte su información médica protegida para brindarle beneficios de salud como miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información de salud en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de vigencia de este aviso es a partir del 30 de septiembre de 2022.

PHI significa información médica protegida. La PHI es información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para los pagos

Molina puede usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo puede Molina usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, la ley permite o exige que Molina use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

La PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones . gubernamentales.

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización al trabajador.

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

La PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones de la PHI (compartir su PHI)**
Usted puede solicitarnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También puede pedirnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que nombre y estén involucradas en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales de la PHI**
Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con las solicitudes de comunicación confidencial razonables para proporcionar la PHI en un formato o forma en particular, si se puede reproducir fácilmente en el formato y forma solicitados, o bien en ubicaciones alternativas. Puede realizar su solicitud por escrito o por transmisión electrónica, llamando a Molina Healthcare.
- **Revisar y copiar su PHI**
Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos como miembro de Molina. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

Usted puede pedirnos que le demos una lista de los terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- La información que es parte de un conjunto de datos limitado de acuerdo con la ley aplicable.
- La PHI revelada por motivos de seguridad nacional o de inteligencia.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (800) 665-0898, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se protegieron sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede realizar un reclamo de las siguientes maneras:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (800) 665-0898, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of California
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Puede presentar una queja a la Secretaría del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (415) 437-8329 FAX

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con las condiciones de esta notificación.

Este Aviso está sujeto a modificaciones

Molina se reserva el derecho de modificar los términos y las normas sobre la información de este Aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (800) 665-0898, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of California
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de servicio al cliente al (800) 665-0898, TTY/TDD 711, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (800) 665-0898, TTY/TDD 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

