

# 2022

## Aviso Anual de Cambios

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

#### Virginia H7559-001

Al servicio de los siguientes condados: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax City, Fairfax, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin City, Franklin, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greenville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Martinsville City, Manassas City, Manassas Park City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Portsmouth City, Poquoson City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe y York.

**En vigor desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre del 2022**





## **Aviso Anual de Cambios para el 2022**

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

---

### **Qué se debe hacer ahora**

**1. PREGUNTE:** qué cambios se 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 próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 3.1, 3.2 y 3.5 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 diferente costo compartido?
  - ¿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 de 2022 y consulte la Sección 3.6 para obtener más información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su doctor sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (Tableros) que se encuentra en el centro de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. 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 doctores y otros proveedores formarán parte de la red el próximo año.
  - ¿Sus doctores, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 3.3 y 3.4 para obtener más información sobre nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Piense en sus 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 de los de otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

**2. COMPARE:** obtenga más información sobre 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 el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
  - Lea la Sección 5 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** decida si desea cambiar de plan.

- Si usted no se inscribe a otro plan antes del 7 de diciembre del 2021, se lo inscribirá en el plan Molina Complete Care. 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 5.2, páginas 18 y 19, para obtener más información sobre sus opciones.

**4. INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan hasta el **7 de diciembre del 2021**, estará inscrito en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero del 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-424-4495**. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana).

- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y en formatos alternativos. Comuníquese con el número del Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-424-4495 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete (7) días de la semana.
- Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)**.

### **Acerca de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)**

- Producto ofrecido por Molina Healthcare of Virginia, Inc., una filial de propiedad absoluta de Molina Healthcare, Inc.
- Molina Medicare Complete Care of Virginia (HMO D-SNP) es un plan de salud administrado con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa estatal de Medicaid de Virginia. La inscripción en nuestro plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) (Molina Healthcare of Virginia, Inc.). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Molina Complete Care (HMO D-SNP) (Molina Healthcare of Virginia, Inc.).
- Esta no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-800-424-4495 (TTY 711)** para obtener más información.
- Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

## Resumen de Costos Importantes para el 2022

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos del 2021 y del 2022 para Molina Medicare Complete Care of Virginia en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por el deducible, consultas con el doctor e internaciones en el hospital.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. (Consulte la Sección 3.1 para obtener más detalles).		
<b>Consultas con el doctor</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$0 por consulta</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$0 por consulta</b>
	Consultas con el especialista: <b>\$0 por consulta</b>	Consultas con el especialista: <b>\$0 por consulta</b>
<b>Internación en hospital</b>	<b>\$0 por estadía</b>	<b>\$0 por estadía</b>
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un doctor. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.		

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 3.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$1.30/\$3.70</b> por receta médica</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$4.00/\$9.20</b> por receta médica</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$1.35/\$3.95</b> por receta médica</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$4.00/\$9.85</b> por receta médica</p>
<p><b>Suma máxima de su propio bolsillo</b></p> <p>Este es <u>el monto máximo</u> que pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos.</p> <p>(Consulte la Sección 3.2 para obtener más detalles).</p>	<p><b>\$7,550</b></p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p><b>\$7,550</b></p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>





# **Aviso Anual de Cambios para el 2022**

## **Índice**

<b>Resumen de Costos Importantes para el 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambiaremos el Nombre del Plan .....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente .....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual.....	6
Sección 2.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo .....	6
Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores.....	7
Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias .....	8
Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	8
Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	13
<b>SECCIÓN 3 Cambios Administrativos.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>	<b>17</b>
Sección 4.1 – Si desea permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).....	17
Sección 4.2 – Si decide cambiar de plan .....	17
<b>SECCIÓN 5 Cambio de Planes .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid ....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>20</b>
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Molina.....	20
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	20
Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	21



## SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero del 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de Magellan Complete Care of Virginia (HMO SNP) a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Como miembro de nuestro plan, no tendrá que hacer nada; trabajará con las mismas personas y verá a los mismos médicos. No perderá su seguro ni sus beneficios debido a este cambio.

Nuestro sitio web y el correo que recibe de nosotros se verán diferentes. Pronto recibirá nuevas tarjetas de identificación de miembro y también se verán diferentes.

Molina Healthcare ha estado cuidando a las personas de todo EE. UU. desde hace 40 años. Por lo tanto, verá algunos beneficios nuevos en este cuadernillo. Para obtener más información sobre su nuevo plan, visite

<https://www.mccofva.com/for-members/mcc-molina-healthcare-acquisition-information/>.

## SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

### Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted.		

### Sección 2.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo

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

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Suma máxima de su propio bolsillo</b>	<b>\$7,550</b>	<b>\$7,550</b>
<b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.</b>	<b>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</b>	<b>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</b>
<p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la suma máxima de su propio bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.</p>		

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores 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 doctor 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 doctores y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de, al menos, 30 días que su proveedor abandona su plan, a fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo 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 considera que no le hemos asignado un proveedor aprobado para reemplazar a 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 de que su doctor o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

---

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

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2022 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

---

Tenga en cuenta 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), en su Evidencia de Cobertura de 2022. Una copia de la Evidencia de Cobertura se encuentra en nuestro sitio web en [www.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

---

<b>Producto</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (el próximo año)</b>
<b>Servicios dentales (suplementarios)</b>	<b>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios</b>  \$500 cada dos (2) años para dentaduras postizas.	<b>Sin cobertura.</b>
<b>Servicios de audición (suplementarios)</b>	Asignación para audífonos de \$1,250 para ambos oídos cada 3 años.	Asignación para audífonos de \$1,250 para ambos oídos cada año.
<b>Terapia progresiva de Medicare Parte B</b>	No se aplica.	<i>Es posible que se necesite la terapia progresiva de la Parte B cuando se reciben medicamentos recetados de la Parte B.</i>

---

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</b>	<p>Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU.</li> <li>• Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de admisión.</li> <li>• Pruebas periódicas.</li> </ul> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<b>Otros servicios profesionales de atención médica</b>	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios especializados de salud mental</li> <li>• Servicios psiquiátricos</li> <li>• Servicios de telesalud adicionales</li> </ul>		

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico ambulatorias</b>	Puede que se requiera <b>autorización previa.</b>	No se requiere autorización previa para los servicios de radiografía para pacientes ambulatorios.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: observación</b>	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
<b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b>	No se requiere autorización previa.	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Elementos de venta libre (over-the-counter, OTC)</b>	Hasta \$210 cada 3 meses para beneficios OTC.	Hasta \$300 cada 3 meses para beneficios OTC.
<b>Sistema personal de auxilio para emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de alarma médica en el hogar</li> <li>Para necesidades de emergencia y que no son de emergencia</li> </ul>	Sin cobertura.	El miembro debe cumplir con los criterios de calificación. <i>Se requiere revisión de la administración de casos.</i>
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Condición física</li> <li>Condición de la memoria</li> </ul>	Sin cobertura.	Los miembros reciben: <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a gimnasios contratados.</li> <li>Seguimiento de actividad física.</li> <li>Kit de acondicionamiento físico en el hogar.</li> </ul> <u>No</u> se requiere autorización previa.
<b>Tecnología de acceso remoto.</b>	No disponible.	Línea directa de enfermería.
<b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</b>	<b>Se requiere autorización previa para participar.</b>	Se ofrecen ocho (8) consultas, además de las consultas de Medicare. <u>No</u> se requiere autorización previa para estas sesiones adicionales.



Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)</b></p>	<p>Los beneficiarios que califiquen son elegibles para el transporte no médico (p. ej., a la iglesia o a la tienda de comestibles), proporcionado por el proveedor de transporte médico del plan, a lugares aprobados por el plan.</p>	<p>Se ampliaron las condiciones de elegibilidad para este beneficio.</p>
<p>Cobertura provista para aquellos que tienen una afección médica, que incluye, entre otras, todas las afecciones crónicas enumeradas en la <i>Evidencia de Cobertura (EOC)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte para necesidades no médicas</li> <li>• Healthy You: una tarjeta de débito que puede usar para comprar comestibles.</li> </ul>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Asignación de \$20 por trimestre; la asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.</p> <p>Es posible que se requiera la participación en un programa de administración de cuidados.</p>
<p><b>Atención de emergencia a nivel mundial</b></p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>\$1,000 de cobertura de emergencia a nivel mundial por año natural</p>

---

## Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente. Visite nuestro sitio web en [www.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com).

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 doctor (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 próximo 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 doctor (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que sirvan para tratar la misma afección 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 obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura). Mientras esté recibiendo un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su doctor para decidir qué hacer 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.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o será sujeto a alguna restricción el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente. Le daremos una respuesta a su solicitud de excepción antes de que el cambio entre en vigor.

Las excepciones de formulario actuales estarán cubiertas hasta la fecha de la carta de aprobación que se le envíe. 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 doctor (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para que se reflejen 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

Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) 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 (Extra Help)”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre del 2021, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pagos de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el capítulo 6, sección 2 de su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza 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	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Etapa 1: etapa de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

## 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 propio bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p>
<p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p>	<p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$1.30/\$3.70</b> por receta médica</p>	<p><b>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$1.35/\$3.95</b> por receta médica</p>
<p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$4.00/\$9.20</b> por receta médica</p> <p>Una vez que haya pagado <b>\$4,130</b> de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga <b>\$0/\$4.00/\$9.85</b> por receta médica</p> <p>Una vez que haya pagado <b>\$4,430</b> de los gastos de bolsillo por los medicamentos de la parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>

## 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 3 Cambios administrativos

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Molina Healthcare, Inc. adquirió Magellan Complete Care y se realizaron los siguientes cambios:</b>		
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Propietario y administrador de su plan de salud</li> <li>Información de contacto</li> </ul>	Magellan Complete Care, Inc. 4800 N. Scottsdale Rd. Suite 4400 Scottsdale, AZ 85251 <a href="https://magellanhealth.com">https://magellanhealth.com</a>	Molina Healthcare, Inc. 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802 <a href="https://molinahealthcare.com">https://molinahealthcare.com</a>

### A partir del 1 de enero del 2022, los cambios adicionales incluirán:

#### Cambios Administrativos

<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio del nombre del programa</li> </ul>	Magellan Complete Care of Virginia, LLC (HMO SNP)	Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) de Molina Healthcare of Virginia, Inc
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjetas de identificación del miembro</li> </ul>	Enviado por correo a los miembros etiquetados como MCC of VA (HMO SNP)	Se enviará por correo a los miembros como Molina Medicare Complete Care
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección de reclamos</li> </ul>	MCC of VA (HMO SNP) Attn: Compliance Department P.O. Box 986 Elk Grove Village, IL 60009	Molina Medicare Complete Care Attn: Compliance Department 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección de reembolsos directos para miembros</li> </ul>	MCC of VA (HMO SNP) Attn: Claims Operations – Member Reimbursement 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, MA 02451	Molina Medicare Complete Care Attn: Medicare Member Services P.O. Box 22656 Long Beach, CA 90809
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de salud conductual</li> </ul>	Magellan Complete Care Salud Conductual  Express Scripts	Salud conductual de Molina Healthcare  CVS/Caremark
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de farmacia</li> </ul>		CVS/Caremark

## SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea permanecer en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

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

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse para el 2022, siga estos pasos:

#### Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- O -- También puede cambiarse 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 el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico) (consulte la Sección 7) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

#### Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Molina.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Molina.
- 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 9.1 de este cuadernillo).

- O Comuníquese con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días a la semana, y pida que se le cancele la 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 la inscripción automática.

## SECCIÓN 5 Cambio de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Su cambio entrará en vigor el 1.º de enero del 2022.

### ¿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 (Extra Help)” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero del 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo del 2022. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la Evidencia de Cobertura.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Virginia, SHIP es conocido como el Programa de asistencia y asesoramiento sobre seguros de Virginia (Virginia Insurance Counseling & Assistance Program, VICAP).

El Programa de asistencia y asesoramiento sobre seguros de Virginia es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni con un 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 VICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de 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 comunicarse con el Programa de asistencia y asesoramiento sobre seguros de Virginia al **1-800-552-3402 (TTY 711)**. Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia y asesoramiento sobre seguros de Virginia si visita su sitio web en **<https://www.vda.virginia.gov/vicap.html>**.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de DMAS Medicaid, comuníquese con el programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) al **1-844-374-9159**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-817-6608**. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamado Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional (Extra Help) 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 (Extra Help), llame a los contactos que se indican a continuación:
  - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
  - También puede llamar a la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Programa de asistencia de medicamentos del estado de Virginia (Virginia Medication Assistance Program, VA MAP).** El Programa de Asistencia de Medicamentos de Virginia brinda acceso a medicamentos que salvan vidas para el tratamiento del VIH y enfermedades relacionadas. También ayudan con las primas del seguro y los copagos de medicamentos.
  - 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 asegurado/subasegurado.
  - Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del Programa de asistencia de medicamentos del estado de Virginia (VA MAP).
  - Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el proceso de inscripción en el programa, llame al VA MAP al **1-855-362-0658**.



## SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Molina

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-424-4495, TTY: 711**. El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su Evidencia de Cobertura de 2022 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* (Annual Notice of Changes, ANOC) le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura de 2022* para Molina. 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.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). 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.MCCofVA.com](http://www.MCCofVA.com). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias), además de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

### Sección 8.2 – 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 el sitio web de Medicare

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

#### Lea Medicare y Usted 2022

Puede leer el *manual* Medicare y Usted 2022. 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 responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

---

### **Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC+) (Medicaid) al **1-844-374-9159**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-817-6608**.



