

# Resumen de Beneficios 2024

## Molina Medicare Choice Care HMO

Arizona H8845-002

Atiende: Gila, Maricopa y Pinal

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



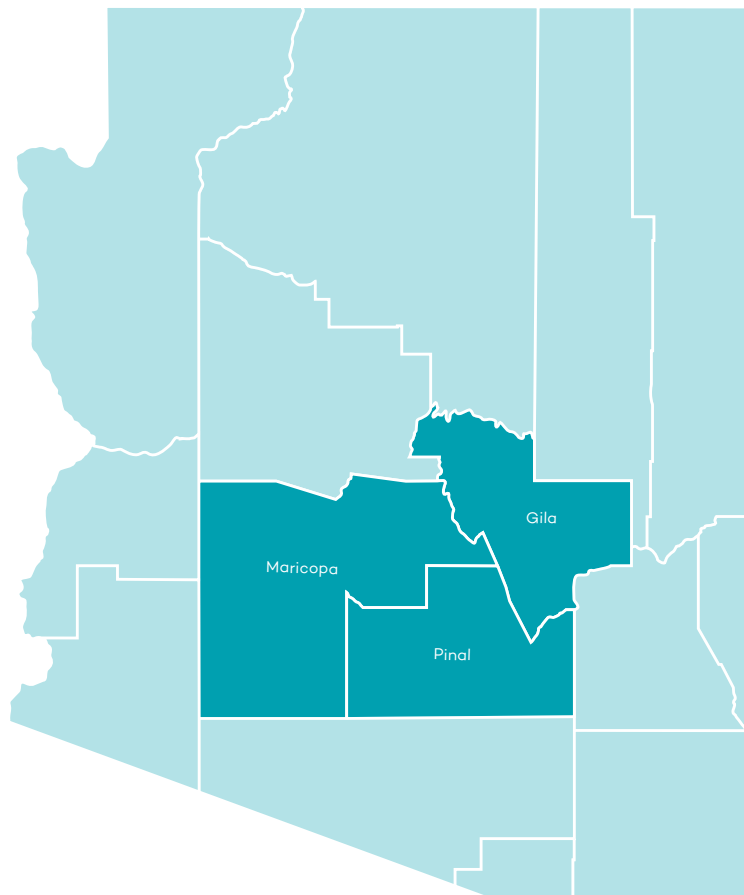
# Introducción al Resumen de Beneficios

## Molina Medicare Choice Care

Gracias por considerar Molina Healthcare. Todos merecen una atención de calidad. Desde 1980, nuestros miembros confían en Molina. Porque hoy, como siempre, ponemos sus necesidades en primer lugar.

Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que abarcamos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Puede encontrar una copia de la EOC en nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros al (800) 424-4509, **TTY: 711**, y le enviaremos una copia por correo.

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, y que viven en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Gila, Maricopa y Pinal.



Molina tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no pagemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de

Medicare, solicite el Resumen de beneficios de los otros planes o utilice el Localizador de Planes de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al (800) 424-4509, TTY: **711**, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

## Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores, o menores de 65 años con determinadas discapacidades.

Medicare Original es un Programa de Seguros Federal. Les paga una tarifa por su atención directamente a los médicos y hospitales que usted visita. Medicare Original no cubre la mayoría de los casos de atención médica preventiva y genera gastos imprevistos de su propio bolsillo.



**Medicare Parte A (Seguro de Hospital)** cubre la atención durante hospitalización en hospitales, centros de cuidado experto, centros de cuidado paliativo y algunos servicios de atención médica domiciliaria.



**Medicare Parte B (Seguro Médico)** cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.



**Medicare Parte C (Medicare Advantage)** es una alternativa integral a Medicare Original. Los planes Medicare Advantage incluyen las Partes A, B y, por lo general, la Parte D. Es posible que algunos planes de Medicare Advantage generen menores gastos de su bolsillo que Medicare Original y que cubran beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, tales como beneficios dentales, para la vista o de audición. Medicare le paga una tarifa fija al plan por su atención médica y, luego, el plan les paga directamente a los médicos y hospitales. Medicare Advantage genera gastos de su propio bolsillo predecibles y ofrece atención médica preventiva y coordinación de cuidados.



**Medicare Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados)** le ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

# Resumen de Primas y Beneficios

## Molina Medicare Choice Care

**Prima mensual** \$0 al mes



Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

---

**Deducible médico** El plan no tiene un deducible.



---

**Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo** \$8,300 anualmente por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.  
(No incluye medicamentos recetados).



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Atención en hospital para pacientes internados



Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital por período de beneficios.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios.

- \$325 de copago por día para los días 1 a 6 del período de beneficios.
- \$0 de copago por día para los días 7 a 90 del período de beneficios.
- \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Atención en hospital para pacientes ambulatorios



De \$0 de copago a \$500 de copago *por consulta*

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Centro de cirugía ambulatoria



De \$0 de copago a \$250 de copago *por consulta*

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Consultas con el médico



#### Atención médica primaria

\$0 de copago por consulta

#### Especialistas

\$40 de copago por consulta

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Atención médica preventiva



\$0 de copago

Busque las filas con la manzana en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.

---

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.



## Molina Medicare Choice Care

### Atención de emergencia



\$100 de copago, no se aplica si ingresa al hospital dentro de un plazo de 24 horas.

### Servicios requeridos urgentemente



### Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes



#### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago (centro independiente o consultorio de un médico) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios de laboratorio

\$0 de copago (centro independiente o consultorio de un médico) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios radiológicos de diagnóstico (como una tomografía computarizada o una resonancia magnética)

\$0 de copago (consultorio de un médico) o \$125 de copago (centro independiente) o \$225 de copago (hospital)

#### Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

#### Radiología terapéutica

\$0 de copago (centro independiente o consultorio de un médico) o el 20% del costo (hospital)

*Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.*

No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Servicios de audición



**Exámenes diagnósticos auditivos y de equilibrio cubiertos por Medicare**  
\$10 de copago

**Examen de audición rutinario**  
\$0 de copago, 1 por año

**Evaluación/ajustes de aparato auditivo**  
\$0 de copago, 1 por año

**Audífonos**  
\$0 de copago

Nuestro plan cubre hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado por el plan cada año

### Servicios dentales



**Servicios dentales cubiertos por Medicare**  
\$20 de copago

**Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina.**

Si consulta a un proveedor de nuestra red de proveedores dentales, recibirá servicios dentales preventivos, como exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías, sin costo alguno para usted.

Además, tendrá \$750 en su tarjeta MyChoice para cualquier servicio adicional en este proveedor.

Si elige utilizar un proveedor dental fuera de la red de proveedores, todos los servicios prestados (incluidos los servicios dentales preventivos o integrales) solo serán cubiertos cuando utilice su tarjeta MyChoice y únicamente hasta el límite de la asignación de beneficios de \$750.

La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito (no una tarjeta de crédito) y es para uso del miembro únicamente para sus necesidades dentales. Esta asignación de beneficios dentales se cargará en su tarjeta MyChoice al inicio de su período de beneficios (anualmente).

Al final de cada año de beneficios, la asignación de beneficios que no utilice vencerá y no se transferirá al siguiente período o año del plan. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles de la cobertura.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

### Servicios para la vista



### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

- Examen de la vista para diagnosticar o tratar enfermedades de los ojos (incluido un examen preventivo cada año de detección de glaucoma): \$0 de copago
- Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: \$0 de copago

Entre los servicios de la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:

La cobertura incluye:

- Un examen de la vista de rutina cada año calendario
- Asignación para artículos para la vista

Puede usar su asignación de \$200 para artículos para la vista para comprar:

- Lentes de contacto\*
- Anteojos (lentes y marcos)
- Lentes o marcos para anteojos
- Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos)

\*Si elige lentes de contacto, su asignación para artículos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto.

Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos para la vista del plan.

\$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Servicios de salud mental



#### Consulta de paciente internado

Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

En 2023, las sumas por cada período de beneficios fueron:

- \$1,600 deducible por período de beneficios
- \$0 por los primeros 60 días de cada período de beneficios
- \$400 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios
- \$800 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta un máximo de 60 días durante toda la vida)

Las sumas se pueden modificar para 2024.

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios

\$45 de copago

### Centro de cuidado experto



Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de cuidado experto por período de beneficios:

- \$0 de copago por día para los días 1 a 20
- \$200 de copago por día para los días 21 a 100

No se requiere hospitalización.

*Puede que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Fisioterapia



#### Fisioterapia y terapia del habla

\$30 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación cardíaca

\$30 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación pulmonar

\$15 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Terapia de ejercicio supervisada (SET)

\$25 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

#### Servicios de terapia ocupacional

\$30 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

---

### Ambulancia



20% del costo

*Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.*

---

### Transporte



\$0 de copago

\$75 de asignación cada 3 meses para transporte de rutina. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

Debe utilizar su Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información.

---

## Medicamentos de Medicare Parte B

**Medicamentos para quimioterapia o radioterapia y otros medicamentos de la Parte B** \$0 de copago hasta 20% del costo

*Puede que se requiera autorización previa.*

## Resumen de cobertura de medicamentos

	Farmacia Minorista Estándar	Servicio de Farmacia por Correo
<b>Categoría 1:</b>	\$3 de copago	\$3 de copago
<b>Genéricos preferidos</b>		
Suministro de uno, dos o tres meses	\$6 de copago	\$6 de copago
	\$9 de copago	\$6 de copago
<b>Categoría 2:</b>	\$12 de copago	\$12 de copago
<b>Genéricos</b>		
Suministro de uno, dos o tres meses	\$24 de copago	\$24 de copago
	\$36 de copago	\$24 de copago
<b>Categoría 3: Marca preferida</b>	\$47 de copago	\$47 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$94 de copago	\$94 de copago
	\$141 de copago	\$94 de copago
<b>Insulinas Seleccionadas</b>	\$35 de copago	\$35 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$70 de copago	\$70 de copago
	\$105 de copago	\$94 de copago
<b>Categoría 4:</b>	\$100 de copago	\$100 de copago
<b>Medicamento no preferido</b>		
Suministro de uno, dos o tres meses	\$200 de copago	\$200 de copago
	\$300 de copago	\$300 de copago
<b>Categoría 5:</b>	31% del costo	31% del costo
<b>Categoría de medicamentos especializados</b>		
Suministro de un mes (los medicamentos especializados tienen un límite de suministro de un mes).		

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

	<b>Farmacia Minorista Estándar</b>	<b>Servicio de Farmacia por Correo</b>
--	------------------------------------	--

<b>Categoría 6: Atención selecta</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$0 de copago	\$0 de copago

---

# Resumen de cobertura de medicamentos (continuación)

## Etapas de cobertura de la Parte D

<b>Etapa 1: Deducible</b>	Usted paga el costo total de los medicamentos de Categoría de la 1 a la 5 hasta alcanzar el deducible de \$125 cada año. Para los medicamentos de Categoría 6, usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando le surten la primera receta médica del año.
<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b>	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) del año hasta la fecha ascienden a \$5,030.
<b>Etapa 3: Brecha de cobertura</b>	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca registrada (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos de su bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare.
<b>Etapa 4: Cobertura catastrófica</b>	Después de que los gastos de cada año de su propio bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y del servicio de farmacia por correo) lleguen a \$8,000, paga el que resulte mayor: <ul style="list-style-type: none"><li>• 0% del costo</li></ul>

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.





# Resumen de Otros Beneficios

## Molina Medicare Choice Care

### Acupuntura



### Acupuntura Cubierta por Medicare

\$15 de copago

Se cubren hasta 12 consultas en 90 días por lumbago crónico. Se cubren hasta 8 sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

### Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco



\$0 de copago

8 consultas de asesoramiento ofrecidas además de Medicare.

### Examen físico anual \$0 de copago



### Servicios de telemedicina adicionales



\$0 de copago

Servicios de médico de atención primaria

### Atención quiropráctica



### Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

\$15 de copago

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)

### Diálisis



20% del costo

### Beneficio de gimnasio



\$0 de copago

Silver&Fit les ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y kits de ejercicios para el hogar, en el caso de los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Cuidado de los pies (podología)



#### Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

\$0

Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Educación para la salud



\$0 de copago

Programas de salud que le ayudan a aprender a controlar sus afecciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.

### Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Beneficio de alimentos



\$0 de copago

El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 28 entregas de comidas, según las necesidades del miembro. Máximo de 56 comidas y 4 semanas por año. Debe cumplir con los criterios aprobados por el plan.

*Puede que se requiera autorización previa.*

### Equipo médico y suministros



#### Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)

20% del costo

#### Suministros protésicos/médicos

20% del costo

#### Suministros y servicios para diabéticos:

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa para obtener Equipo médico duradero, Suministros protésicos/médicos y Suministros para diabéticos.*

*Se requiere autorización previa para calzado y accesorios para diabéticos.*

*No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.*

## Resumen de Otros Beneficios (continuación)

### Molina Medicare Choice Care

**Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas** \$0 de copago  
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana



**Beneficio de nutrición/alimentación** \$0 de copago  
12 sesiones individuales o grupales cada año; asesoramiento telefónico individual sobre nutrición, previa solicitud.



**Servicios del programa de tratamiento de opioides** \$0 de copago  
*Puede que se requiera autorización previa.*



**Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios** \$30 de copago  
Consultas de tratamiento individuales o grupales  
*Puede que se requiera autorización previa.*



**Elementos de Venta Libre** \$0 de copago  
Asignación de \$150 cada trimestre  
La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.  
Debe utilizar su Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios.  
Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información.



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

**Servicios de sangre para pacientes ambulatorios** \$0 de copago  
Deducible de 3 pintas exonerado



---

**Tecnologías de acceso remoto** \$0 de copago



---

**Cuidado médico urgente/de emergencia en todo el mundo** \$0 de copago  
Tiene cobertura para servicios de atención médica urgente y emergencias en todo el mundo hasta un máximo de \$10,000.



---

**Tarjeta MyChoice** \$0 de copago  
Usted recibe una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como:



- Servicios dentales
- Alimentos y productos\*
- Productos de venta libre
- Transporte
- Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas\*

Los fondos se cargan a la tarjeta en cada período de beneficios. Un período de beneficios puede ser mensual, trimestral o anual, según los beneficios. Al final de cada período de beneficios, cualquier dinero asignado que no utilice no se transferirá al siguiente período o año del plan.

\* Se aplican requisitos de elegibilidad

## Resumen de Otros Beneficios (continuación)

### Molina Medicare Choice Care

**Beneficios  
suplementarios  
especiales para  
personas con  
enfermedades  
crónicas**



\$0 de copago

Asignación de \$150 cada trimestre para los siguientes beneficios:

- Aplicaciones de salud mental y bienestar.
- Suministros para animales de servicio.
- Control de plagas
- Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre.

La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre.

Asignación de \$35 cada mes para alimentos y productos. La asignación que no se utilice no se transfiere al siguiente mes.

*Puede que se requiera autorización previa.*

Debe utilizar su Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección "Tarjeta MyChoice" para obtener más información. *Los miembros deben completar una Evaluación de Riesgos para la Salud y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.



# Glosario de términos

## **Coseguro**

El porcentaje que usted paga como su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20 por ciento, usted debe pagar el 20 por ciento del costo de su factura médica.

## **Copago**

La suma fija que usted paga como su parte del costo de un servicio o suministro. Por ejemplo, puede tener un copago de \$20 cada vez que visite a su médico de atención primaria.

## **Deducible**

La suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a realizar los pagos.

## **Ayuda Adicional**

Un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados, como primas, deducibles y coseguro.

## **Atención a largo plazo**

Servicios y apoyo para personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse y bañarse. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan por atención a largo plazo.

## **Medicaid**

Un programa estatal y federal que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos.

## **Medicare Advantage**

También conocido como Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa al Medicare Original. Proporciona todos los beneficios de la Parte A y la Parte B y, a menudo, ofrece beneficios adicionales, como atención dental y cuidado para la vista.

## **Medicare Original**

Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (Seguro Médico). La mayoría de las personas lo obtienen cuando cumplen 65 años. El Gobierno federal administra Medicare Original.

## **Máximo de gastos de su bolsillo**

La mayor cantidad de servicios cubiertos que debe pagar en un año. Una vez que alcanza este monto, su seguro cubre el 100 por ciento de su atención médicamente necesaria por el resto del año.

## **Prima**

El dinero que le paga mensualmente a Medicare o a un plan de atención médica para obtener cobertura.



## **Servicios médicos preventivos.**

Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana. La mayoría de los planes de salud deben cubrir algunos servicios médicos preventivos importantes, como vacunas contra la gripe y exámenes preventivos de la presión arterial, sin costo alguno para usted.

## ¿Cómo puede inscribirse?



### **Solicitar por Teléfono**

Llame al **(866) 403-8293, TTY: 711**, para inscribirse por teléfono. Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y le ayudará a inscribirse.



### **Solicitar en Persona**

Si prefiere reunirse en persona con uno de nuestros asesores confiables de Molina Medicare, llámenos para programar una cita.



### **Solicitar por Correo**

Simplemente llene la solicitud de inscripción y envíela usando el sobre con franqueo pagado. Si aún no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y le enviaremos una por correo.



### **Solicitud en línea**

Visite **[MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare)** para realizar la solicitud en línea.

Molina Healthcare es un plan DSNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes DSNP tienen un contrato con el programa estatal Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (800) 424-4509, TTY: 711. Someone who speaks English can help you. This is a free service. Español: Tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al (800) 424-4509, TTY: 711. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito. Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos.



# Contáctenos

¿Está listo para inscribirse o tiene preguntas?

Llame al **(866) 403-8293, TTY: 711**

Los miembros actuales deben llamar al: **(800) 424-4509,  
TTY: 711**

los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,  
hora local



H8845\_24\_002\_AZSB\_M\_ES

AZM02SBSP0924

AZS884502SBSP24