2027

Resumen de Beneficios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

New Mexico H7318-001-000

Presta servicios a: Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, Curry, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union, Valencia

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de2027

H7318_27_001_000_NM_SB_M
NM-H7318-1-0-SB-ES-27-S

MOLINA® HEALTHCARE

Introducción al Resumen de Beneficios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

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). Una copia de la EOC se encuentra en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 440-0127, TTY: 711 y le enviaremos una copia por correo.

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y Medicaid de New Mexico Health Care Authority (HCA) - Medical Assistance Division, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New Mexico: Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, Curry, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union, Valencia.

Molina cuenta con 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 paguemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes médicos de Medicare, solicite el Resumen de Beneficios de los otros planes o bien utilice el Localizador de Planes de Medicare en 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 o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros al **(866) 440-0127, TTY: 711.** El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Índice

A. Acerca de Medicare....4
B. Grupos de cobertura de doble elegibilidad de Medicaid....5
C. Resumen de Primas y Beneficios....6
D. Resumen de cobertura de medicamentos....12
E. Resumen de otros beneficios....13
F. Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid....17
G. Glosario de términos....21
H. ¿Cómo puede inscribirse?....23

A. Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores o que tienen menos 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 Part A (Seguro de hospital) cubre la atención durante hospitalización en hospitales, centros de enfermería especializada, atención para pacientes terminales y algunos servicios de atención médica domiciliaria.

Medicare Part B (Seguro médico) cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.

Medicare Part 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 Part D (Cobertura de medicamentos recetados) le ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

B. Grupos de cobertura de doble elegibilidad de Medicaid

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**: Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Part A y B. Usted recibe cobertura de Medicaid de la distribución de costos de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** Medicaid paga su prima de Medicare Part B y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE)**: En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de la distribución de costos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Cambios de elegibilidad:

Es importante leer y responder todos los correos que provienen del Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid para que pueda proteger su estado de distribución de costos de $0 como beneficiario doble elegible y con beneficios completos.

Periódicamente, como es requerido por los CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad para Medicaid así como su grupo de doble elegibilidad. Si pierde completamente su cobertura con Medicaid, se le brindará un periodo de gracia para que pueda volver a solicitar beneficios de Medicaid.

Si ya no puede recibir los beneficios del programa como beneficiario con beneficios completos, es posible que su inscripción sea cancelada involuntariamente del Plan después de un periodo de gracia. Su agencia estatal de Medicaid le enviará una notificación en la que se le informará sobre su pérdida de Medicaid o el cambio en el grupo de Medicaid. También es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que debe volver a solicitar Medicaid como beneficiario doble elegible o con beneficios completos. Por este motivo, es importante que nos informe cada vez que cambie su dirección postal o número de teléfono.

C. Resumen de Primas y Beneficios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Prima mensual	$0 por mes
Deducible Médico	Usted paga $0 de deducible médico cada año.
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo	$9,850 cada año para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. (no incluye medicamentos recetados) Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Internaciones en el hospital	Paga $0 para los días del 1 al 90 de una hospitalización por periodo de beneficios. Nuestro plan cubre 60 días de "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, 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 periodo de beneficios. ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Atención hospitalaria ambulatoria	$0 de copago por consulta ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Centro de cirugía ambulatoria	$0 de copago por consulta ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Visitas al médico	**Atención primaria** $0 de copago por consulta **Especialistas** $0 de copago por consulta
Atención 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.
Atención de emergencia	$0 de copago
Servicios requeridos urgentemente	$0 de copago

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** $0 de copago **Servicios de laboratorio** $0 de copago **Servicios de radiología de diagnóstico** (como MRI, CT) $0 de copago **Radiografías para pacientes ambulatorios:** $0 de copago **Radiología terapéutica** $0 de copago ***Es posible que se requiera 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.***
Servicios de audición	**Exámenes de diagnóstico auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare** $0 de copago, 1 por año **Examen de audición de rutina** $0 de copago, 1 cada año **Ajuste/evaluación para audífonos** $0 de copago, 1 cada año **Audífonos** $0 de copago Nuestro plan cubre hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Servicios dentales	**Servicios dentales cubiertos por Medicare** $0 de copago **Servicios dentales preventivos** $0 de copago por consulta en el consultorio • Exámenes bucales • Profilaxis (limpiezas) • Tratamiento con fluoruro • Radiografías dentales **Cuidado dental integral** $0 de copago por consulta en el consultorio Todos los servicios dentales integrales que se indican a continuación están cubiertos hasta el monto máximo de cobertura de beneficios del plan anual de $3,000: • Extracciones • Endodoncia • Servicios de restauración • Incisión y drenaje intraoral y extraoral • Dentaduras postizas y ajustes de dentadura postiza • Servicios no rutinarios como limpieza profunda, limpieza completa de la boca, mantenimiento de encías y tratamiento de emergencia para aliviar el dolor • Otros servicios, tales como sedación profunda con cirugía oral e intravenosa con cirugía oral ***Es posible que se requiera autorización previa.***

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
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 para la detección de glaucoma): $0 de copago • Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: $0 de copago **¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina!** Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: La cobertura incluye: • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. • Una asignación de elementos para la vista. Puede usar su asignación de elementos para la vista de $250 para comprar: • Lentes de contacto*. • Anteojos (lentes y armazones). • Lentes o monturas para anteojos • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de 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 de elementos para la vista del plan. $0 de copago por hasta 1 examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos cada año calendario.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Servicios médicos de salud mental	**Consulta de paciente internado** usted paga $0 para los días del 1 al 90 por una hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para la atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general. Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. ***Es posible que se requiera autorización previa.*** **Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios** $0 de copago
Centro de enfermería especializada	Paga $0 para los días del 1 al 100 de una hospitalización en un centro de enfermería especializada. No se requiere hospitalización previa. ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Fisioterapia	**Fisioterapia y terapia del habla** $0 de copago ***Es posible que se requiera autorización previa.*** **Rehabilitación cardíaca y pulmonar** $0 de copago ***Es posible que se requiera autorización previa.*** **Terapia de ejercicio supervisada (SET)** $0 de copago ***Es posible que se requiera autorización previa.*** **Servicios de terapia ocupacional** $0 de copago ***Es posible que se requiera autorización previa.***

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Ambulancia	$0 de copago ***Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.***
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Part B	
Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de la Parte B	$0 de copago Su farmacia debe facturar el 20% restante a su Plan Medicaid. ***Es posible que se requiera autorización previa.*** *Es posible que sea necesaria la terapia escalonada para ciertos medicamentos.*

D. Resumen de cobertura de medicamentos

Farmacia minorista estándar y farmacia de pedidos por correo

En función de sus ingresos y condición institucional, usted paga lo siguiente:

Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos):

- $0 de copago; $1.65 de copago; $5.80 de copago

Para el resto de los medicamentos:

- $0 de copago; $5.00 de copago; $14.40 de copago

Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de "Ayuda Extra (Extra Help)" que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Etapas de cobertura	
Etapa 1: Deducible	El deducible es $700. Durante esta etapa, usted paga $0 de distribución de costos para los medicamentos de las categorías 1 y 6, y el costo aplicable de los medicamentos cubiertos hasta alcanzar el deducible anual. Si usted recibe Ayuda Extra (Extra Help), este deducible no se aplica en su caso.
Etapa 2: Cobertura inicial	Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año alcancen un total de $2,400. 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.
Etapa 3: Cobertura Catastrófica	Después de que sus costos anuales de bolsillo de los medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista o mediante pedidos por correo) lleguen a $2,400, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

E. Resumen de otros beneficios

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Acupuntura	**Acupuntura cubierta por Medicare** $0 de copago Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para el dolor crónico en la zona lumbar. Se cubren hasta ocho 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 las que ofrece Medicare.
Servicios de telesalud adicionales	Usted abona $0 de copago por determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios del médico de atención primaria • Servicios quiroprácticos • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médicos especialistas • Sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental • Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental • Servicios de podología • Otro profesional de atención médica • Sesiones individuales para servicios psiquiátricos • Sesiones grupales para servicios psiquiátricos • Servicios de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios
Examen físico anual	$0 de copago

Resumen de otros beneficios (Continuación)

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Atención quiropráctica	**Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare** $0 de copago Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se mueven de su posición). **Servicios quiroprácticos de rutina** $0 de copago, hasta 12 consultas por año para servicios de rutina.
Diálisis	$0 de copago
Beneficio de acondicionamiento físico	$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.
Cuidado de los pies (Podiatría)	**Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare** $0 de copago Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones. ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Educación para la salud	$0 de copago Programas que le ayudan a aprender a controlar sus condiciones 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 ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Beneficio de comidas	$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. ***Es posible que se requiera autorización previa.***

Resumen de otros beneficios (Continuación)

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Equipos y suministros médicos	**Equipo médico duradero** (como sillas de ruedas y oxígeno) $0 de copago **Suministros médicos/ortopédicos** $0 de copago **Suministros y servicios para la diabetes** $0 de copago ***Es posible que se requiera autorización previa para obtener el equipo médico duradero, los suministros médicos y ortopédicos y los suministros para diabéticos.*** ***Se requiere autorización previa para calzado y accesorios para diabéticos.*** ***No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.***
Línea de Consejos de Enfermería disponible 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 ***Se requiere autorización previa para el medicamento.***
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	$0 de copago Deducible de 3 pintas exonerado
Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios	$0 de copago Consultas de tratamiento individuales o grupales ***Es posible que se requiera autorización previa.***
Artículos de venta libre	$0 de copago Recibe una Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con una asignación mensual combinada para artículos de venta libre (OTC). Los audífonos OTC están cubiertos e incluidos en la asignación combinada OTC. Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.

Resumen de otros beneficios (Continuación)

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	
Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo	$0 de copago Está cubierto para emergencias a nivel mundial y servicios de atención de emergencia hasta $10,000.
Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice)	$0 de copago Recibe $148 de asignación combinada mensual en una tarjeta de débito prefinanciada, que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como: • Alimentos y Productos agrícolas* • Artículos de venta libre • Transporte para necesidades no médicas* • Servicios públicos* Los fondos se cargan a la tarjeta cada mes. Al final de cada mes, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. *Se aplican requisitos de elegibilidad
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas	$0 de copago Recibe una asignación mensual en una tarjeta de débito prefinanciada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como: • Alimentos y productos agrícolas • Facturas de servicios públicos (electricidad, gas natural y agua) • Transporte para necesidades no médicas Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada. La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente. ***Es posible que se requiera autorización previa.*** Los miembros deben cumplir con los criterios que se describen en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

F. Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

Qué servicios están cubiertos

En la siguiente tabla se muestra qué servicios están cubiertos por Medicare y Medicaid. Verá la palabra "Cubierto" en la columna de Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por el Plan Molina Medicare Complete Care.

La tabla aplica solo si usted tiene derecho a los beneficios bajo su programa estatal de Medicaid. Estos servicios se financian en conjunto con el estado de New Mexico. Su distribución de costos varía según su categoría de Medicaid.

Beneficio	Molina Medicare Complete Care	New Mexico Medicaid
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
Primas y otra información importante Si recibe "Ayuda Extra (Extra Help)" de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o es posible que no deba pagar nada.	**General** $0 de prima mensual del plan **Dentro de la red** $9,850 de límite de gastos de bolsillo para servicios cubiertos por Medicare. Sin embargo, en este plan no tendrá responsabilidad de distribución de costos por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad para Medicaid.	La asistencia de Medicaid con los pagos de la prima y la distribución de costos puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte Atención de Emergencia y Atención Requerida Urgentemente)	**Dentro de la red** Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA		
Acupuntura	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de ambulancia (Deben ser médicamente necesarios)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid (Continuación)

Beneficio	Molina Medicare Complete Care	New Mexico Medicaid
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA (Continuación)		
Programas y suministros para la diabetes	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios radiológicos	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Consultas médicas	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Atención de emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Servicios de audición	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Servicio de atención médica domiciliaria (Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y servicios de rehabilitación, etc.)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Atención de salud mental ambulatoria	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y terapia del lenguaje)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid (Continuación)

Beneficio	Molina Medicare Complete Care	New Mexico Medicaid
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA (Continuación)		
Atención por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Artículos de venta libre	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de podología	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Dispositivos ortopédicos (Se incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de transporte (Rutina)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Servicios requeridos urgentemente (Esta NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la vista	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Programas de prevención y educación y otros beneficios suplementarios	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN		
Atención hospitalaria para pacientes internados (Incluye servicios de rehabilitación y por abuso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
Atención de salud mental para pacientes internados	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid (Continuación)

Beneficio	Molina Medicare Complete Care	New Mexico Medicaid
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN (Continuación)		
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS		
Enfermedad renal e insuficiencia renal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios médicos preventivos	Con cobertura	Con cobertura
CUIDADOS PALIATIVOS		
Cuidados paliativos	Con cobertura	Con cobertura
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

G. 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%, usted debe pagar el 20% 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 $20 de copago cada vez que visite a su médico de atención primaria.

Deducible

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

"Ayuda Extra (Extra Help)"

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 la Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa a 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 Part A (seguro de hospital) y Part 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% 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.

H. ¿Cómo puede inscribirse?

Solicitar por teléfono

Llame al **(866) 383-8841, TTY: 711**, para inscribirse por teléfono. Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y le ayudará a inscribirse con gusto.

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

Acceda a MolinaHealthcare.com para presentar su solicitud en línea.

Molina Healthcare es un plan D-SNP con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Aviso de no discriminación (NDN) – Sección 1557
Molina Healthcare - Medicare

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo. La discriminación por motivos de sexo incluye características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Esto incluye: (1) Intérpretes calificados (incluidos intérpretes calificados de lenguaje de señas). (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de molina al 1-844-862-4543 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.

Si cree que le discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja formal con nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales al acceder 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, TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: https://molinahealthcare.Alertline.com
También puede presentar una reclamación (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 con 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 quejas están disponibles en: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-844-862-4543 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-844-862-4543 (TTY: 711).
Navajo Diné	T'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í, dóó bee ahxił hane'í ádaat'éhígíí dóó bee áka'nída'awo'í biniiyégo, kohjį' hodíilnih 1-844-862-4543 (TYY: 711).
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-844-862-4543 (TTY: 711).
German Deutsch	Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-844-862-4543 (TTY: 711).
Chinese 中文（简体）	如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电 1-844-862-4543（TTY 用户请拨打 711）。
Arabic العربية	لتلقي خدمات المساعدة المجانية والخدمات (TTY): 711)اللغوية)اتصل على الرقم 1-844-862-4543 والمساعدات الإضافية.
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면1-844-862-4543 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-844-862-4543 (TTY: 711).
Japanese 日本語	無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-844-862-4543（TTY: 711）までお電話ください。
French Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-844-862-4543 (ATS : 711).
Italian Italiano	Per i servizi di assistenza gratuiti in italiano nonché per supporti e servizi ausiliari, chiamare 1-844-862-4543 (TTY: 711).
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-844-862-4543 (телетайп: 711).
Hindi हिंदी	निःशुल्क भाषा सहायता सेवाओं और सहायक ऐड एवं सेवाओं के लिए 1-844-862-4543 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian فارسی	برای خدمات رایگان کمک زبانی و کمک‌ها و خدمات کمکی، با شماره 1-844-862-4543 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai ไทย	ความสนใจ:สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-844-862-4543 (TTY: 711).

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַבטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפּראַך הילף סערוויסעס זענען בארעבטיגט פריי פּאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনে·যে·াগ দনি: যদি আপনি বাংলা বলনে, তাহলে আপনার জন্য বনিামূল্যে ভাষা সহায়তা পরষিবোদি উপলব্ধ রয়ছে। অ্যাক্সসেযে·াগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানরে জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযে·াগতিা এবং পরষিবোদওি বনিামূল্যে উপলব্ধ রয়ছে। আপনার আইডি কার্ডরে পছিনে থাকা সদস্য পরষিবো নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d’adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Helfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。ID カードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፣ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua I limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ*ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្ម ដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ ທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်ကတိၤ ကညီကျဉ် အဃိ, တ၊်အိဉ်ဒီး ကျဉ်တ၊်ဆီဉ်ထွဲမၤစ၊ၤ လ၊တလာ်ဘူဉ်လာ်စ့ၤ လ၊နဂီၢ်လီၤ. တ၊်အိဉ်ဒီး တ၊်မၤစ၊ၤတ၊်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တ၊်မၤစ၊ၤတ၊်မ၊ လ၊အကြၢးအဘဉ် လ၊ကဟ့ဉ် တ၊်ဂ့၊်တ့၊်ကျိၤ လ၊ တ၊်မၤန့်၊်အီၤသ့တဖဉ် လ၊တလာ်ဘူဉ်လာ်စ့ၤ လ၊နဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရ၊ဖိတ၊်မၤစ၊ၤတ၊်မ၊ အလီတဲစီနီဉ်ဂံၢ်လ၊ အိဉ်ဖဲ နလံာ်အုဉ်သး (ID) ခးက့အလိၤ မ့တမ့၊် တဲတ၊်ဒီး ပှၤလ၊အဟ့ဉ်နၤတ၊်ကွ၊်ထွဲန္ဉ် တက့၊်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške.

Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poleđini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik.

Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poleđini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọrùn ló wà lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọ́mbà Àwọn iṣẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ tàbí bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti’, t’áá jiik’ehgo saad bee áká’ánída’awo’ígíí t’áá hadoohkááł nihá kéé’ hólǫ́. T’áá ajiłii íiyisí át’éego nihá át’éego bee haz’ánígíí dóó t’áá ádáhodooníígíí biniiyé t’áá jíík’eh nihá kéé’ hólǫ́ Member Services béésh bee hane’í bikáá’ dah naaznil doo ID card ni’ dooleeł ná’ádoolwołígíí bikáá’ nihá át’é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

Kullóshi: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਸੀ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵੱਿਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵੱਿਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪੱਿਛੇ ਦੱਿਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਸਿਜ਼ਿ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Syriac

ܙܘܗܪܐ: ܐܢ ܡܡܠܠܬ ܐܬܘܪܝܐ، ܚܠܡܬܐ ܠܫܢܐ: ܐܝܬ ܡܥܕܪܢܘܬܐ ܕܠܫܢܐ ܡܓܢ ܡܬܡܨܝܢ. ܐܝܬ ܗܕܡܘܬܐ
ܘܡܥܕܪܢܘܬܐ ܕܢ ܡܓܢ ܡܛܠ ܬܘܪܫܐ ܕܝܕܥܬܐ. ܡܠܠ ܥܡ ܡܢܝܢܐ ܕܡܫܡܫܢܘܬܐ ܕܗܕܡܐ ܕܒܬܪ ܟܪܛܝܣ.
ܗܝܝܘܬܐ ܐܘ ܥܡ ܡܛܝܒܢܐ ܕܗܕܡܘܬܐ

¿Todo listo para inscribirse o tiene preguntas?

Llame al (866) 383-8841, TTY: 711

Los miembros actuales pueden llamar al:
(866) 440-0127, TTY: 711

el horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

MOLINA® HEALTHCARE