

# 2024

## Aviso Anual de Cambios

### **Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan**

#### **Michigan H7844-001**

Sirviendo a los condados de: Wayne y Macomb

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



**Molina Dual Options Plan MI Health Link Medicare-Medicaid ofrecido por Molina Healthcare de Michigan**

## ***Aviso Anual de Cambios para 2024***

---

### **Introducción**

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Molina Dual Options. El próximo año, habrá cambios en los beneficios, la cobertura y las normas del plan. Esta sección **o** *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información respecto a ellos. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte el Manual del Miembro, que se encuentra en nuestro sitio web [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

Tabla de contenidos

A. Descargo de responsabilidad ..... 4

B. Sus derechos y responsabilidades ..... 4

    B1. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades .. 4

    B2. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos ..... 6

    B3. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) ..... 7

    B4. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos ..... 14

    B5. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente ..... 16

    B6. Su derecho a salirse del plan ..... 16

    B7. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica ..... 16

    B8. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado ..... 18

    B9. Sus responsabilidades como miembro del plan ..... 19

C. Revise su cobertura Medicare y Michigan Medicaid para el año siguiente ..... 21

    C1. Recursos adicionales ..... 21

    C2. Información sobre Molina Dual Options ..... 22

    C3. Cosas importantes para hacer: ..... 22

D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red ..... 23

E. Cambios en los beneficios para el año próximo ..... 23

    E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos ..... 23

    E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados ..... 24

F. Cómo elegir un plan ..... 26

    F1. Cómo permanecer en su plan ..... 26

    F2. Cómo cambiar de plan ..... 26

G. Cómo recibir ayuda ..... 28

G1. Cómo obtener ayuda de Molina Dual Options .....

G2. Cómo obtener ayuda de Michigan ENROLLS .....

G3. Cómo obtener ayuda del Programa de Mediador de MI Health Link .....

G4. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) .....

G5. Cómo obtener ayuda de Medicare .....

G6. Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan .....

28

29

29

29

29

30

---

## A. Exenciones de responsabilidad

- ❖ El Plan Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ También puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, tales como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos o experiencia médica, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad, ubicación geográfica ni forma de pago.

---

## B. Sus derechos y responsabilidades

### Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.

#### B1. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades

You have the right to be treated with dignity and respect. You have the right to have a voice in the governance and operation of the integrated system, provider, and health plan. We must ensure that all services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST or your Care Coordinator at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m., EST. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials for free in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Call (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. The call is free.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 642-3195, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 7 p.m., EST to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Care Coordinator for help with standing requests.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You may also file a complaint with Michigan Medicaid. Please refer to Chapter 9 for more information.

#### **A. Usted tiene derecho a recibir información de una manera que cumpla con sus necesidades**

Nosotros debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda entender, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST; o bien, comuníquese con su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY al 711, de lunes a viernes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., EST. Nuestro plan de salud cuenta con personal que puede contestar preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede ofrecer materiales en otros idiomas aparte de inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 642-3195, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., EST) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., EST. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan de salud debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar una queja con Michigan Medicaid. Por favor, consulte Capítulo 9 para más información.

**A** يحق لك الحصول على المعلومات بطريقة تليى احتياجاتك.

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخطتنا.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- للحصول على معلومات بطريقة تستطيع استيعابها، قم بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: يمكن الاتصال على الرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت الشرقي القياسي، أو بمنسق الرعاية الخاص بك على الرقم 735-5604 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحاً إلى 5 مساءً، حسب التوقيت الشرقي القياسي. إن خطتنا تضم أفراداً بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة
- كما يمكن أن توفر لك الخطة مواد بلغات غير الإنجليزية وتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو بطريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائماً باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلباً مستمراً. وسوف نتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 3195-642 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 7 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 735-5604، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة / أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً وحتى 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي القياسي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاصة بك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.
- إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 كما يحق لك كذلك التقدم بشكوى ضد Michigan Medicaid. يرجى الاطلاع على الفصل التاسع لمعرفة المزيد من المعلومات.

## B2. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos

Si tiene dificultades para obtener atención médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Si tiene dificultades para obtener servicios dentro de un periodo de tiempo razonable, trabajaremos con usted para derivarlo a otro proveedor. De ser necesario, también podemos remitirlo a un proveedor fuera de la red si no podemos brindarle el servicio dentro de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar el PCP dentro del plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria para ver a otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo de tiempo razonable.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



- Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
- Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo de tiempo razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa.
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede utilizar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si cree que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un periodo de tiempo razonable. El Capítulo 9 también indica lo que usted puede hacer si hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **B3. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)**

Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de toda su atención y su información médica, a menos que la ley exija lo contrario. Protegemos su información médica personal (PHI), como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Tiene derechos sobre su información y al control de cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que informa sobre estos derechos. El aviso se denomina "Notificación de las normas de privacidad". Este también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### **Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI)**

Nos aseguramos de que las personas sin autorización no vean ni cambien sus registros.

Con excepción a los siguientes casos, no damos su información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) a ninguna persona que no le proporcione atención médica o pague por ella. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

Existen ciertos casos en que no tenemos que obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.



- Se nos exige dar a Medicare y Medicaid de Michigan su PHI. Si Medicare o Medicaid de Michigan divulgan su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.

### **Usted tiene derecho a ver su historia clínica**

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.

- Proveemos la primera copia de su historia clínica sin cargo.
- Tenemos permitido cobrarle un cargo razonable para hacer una copia adicional de su historia clínica.

Usted tiene el derecho de realizar una enmienda o corregir la información de su historia clínica. La corrección formará parte de su historia clínica.

Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

### **Su privacidad**

**Su privacidad es importante para nosotros.** Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

**PHI significa información de salud protegida.** La PHI incluye su nombre, número de miembro, raza, etnia, necesidades de lenguaje u otras cosas que lo identifican. Molina quiere que sepa cómo usamos o compartimos su PHI.

### **¿Por qué Molina usa o comparte la PHI de nuestros miembros?**

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención médica que recibe
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

### **¿Cuáles son sus derechos de privacidad?**

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI

### **¿Cómo protege Molina su PHI?**

Molina utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege su PHI:

- Molina cuenta con políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita quién puede ver la PHI. Solamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede utilizarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe aceptar de manera escrita seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

### **¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?**

- Mantener en privado su PHI.
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su PHI.
- Seguir los términos de nuestra Notificación de las normas de privacidad.

### **¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido?**

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presente su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No tomaremos ningún tipo de acción en su contra. Esto no afectará su atención médica en ninguna medida.

**Lo que precede es sólo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este manual del miembro. Está en nuestro sitio web [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com). También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY, llamen al 711.**

## **NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD**

### **MOLINA HEALTHCARE DE MICHIGAN**

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

Molina Healthcare of Michigan (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina Dual Options. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de vigencia de este aviso es el 1.º de febrero de 2014.

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

### **¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?**

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

#### **Para tratamientos**

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

#### **Para pagos**

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

#### **Para funciones de atención médica**

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

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- mejorar la calidad;
- realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma);
- realizar o facilitar revisiones médicas;
- Servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento.
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los Miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

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

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

Además del tratamiento, pago y funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines que incluyen lo siguiente:

#### **Requisitos legales**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

#### **Salud Pública**

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

#### **Supervisión de la atención médica**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

#### **Investigación**

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

#### **Procedimientos legales o administrativos**

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

#### **Cumplimiento de la ley**

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

#### **Salud y seguridad**

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

#### **Funciones gubernamentales**

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales.

#### **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica**

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

**Indemnización al trabajador**

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización al trabajador.

**Divulgación con otros fines**

Su PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

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

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

**¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (difusión de su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea ver, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

• **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para el propósito de inteligencia; o
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 735-5604, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY, llamen al 711.

**¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of Michigan  
Atención: Director of Member Services  
880 W. Long Lake Road, Suite 600  
Troy, MI 48098

Teléfono: (855)735-5604, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711

Puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations  
200 Independence Ave., S.W.  
Suite 509F, HHH Building  
(800) 368-1019; (800) 537-7697;  
(202) 619-3818 (FAX)

### **¿Cuáles son las obligaciones de Molina?**

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI;
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (PHI) no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones;
- Cumplir con los términos de este aviso.

### **Este Aviso está sujeto a cambios**

**Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si hacemos algún cambio en el material, Molina publicará el Aviso revisado en nuestra página web y enviará el Aviso revisado o información sobre el cambio del material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestro próximo correo anual a nuestros miembros cubiertos por Molina.**

### **Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Michigan  
Atención: Director of Member Services  
880 W. Long Lake Road, Suite 600  
Troy, MI 48098

Teléfono: (855)735-5604, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711

### **B4. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos**

Tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones, las reglas y los beneficios del plan en su totalidad, incluso mediante el uso de un intérprete calificado si es necesario. Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla español, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Este es un servicio gratuito. Nuestro plan también dispone de material escrito disponible en español y árabe. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Para realizar un pedido permanente con el fin de obtener materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alterno ahora y en el futuro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Si desea información acerca de cualquiera de los siguientes, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:
  - Información financiera
  - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  - El número de apelaciones hechas por los miembros
  - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
  - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria
  - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
  - Una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4), medicamentos cubiertos (consulte los Capítulos 5 y 6) y sobre las reglas que debe seguir, que incluyen lo siguiente:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites para su cobertura y medicamentos
  - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), inclusive pedirnos que hagamos lo siguiente:
  - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto
  - Cambiemos una decisión que hemos tomado
  - Paguemos una factura que usted recibió



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

**B5. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente**

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden ordenarle a usted que pague por los servicios cubiertos. Ellos tampoco le pueden cobrar si pagamos por menos de lo que el proveedor nos cobró a nosotros. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

**B6. Su derecho a salirse del plan**

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.
- Si hay otro plan MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a otro plan MI Health Link y continuar obteniendo los beneficios coordinados de Medicare y Medicaid de Michigan.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid de Michigan a través de Medicaid original de Michigan (pago por cada servicio).

**B7. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica****Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a participar en todos los aspectos de la atención, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a ejercer todos los derechos de apelación. Tiene derecho a estar exento(a) de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y reclusión. Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a recurrir a otro doctor antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- **Diga “no”.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

### **Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo**

Puede llamar a Molina Dual Options para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de instrucción anticipada.

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito **para otorgar a una persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre.**
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos acerca de cómo desea que ellos administren su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones por sí mismo.**

El documento legal que usted puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Algunos ejemplos son una directiva anticipada psiquiátrica y un poder notarial duradero para la atención médica.

Ahora es un buen momento para escribir sus directivas anticipadas, para poder hacer saber sus deseos mientras está saludable. En el consultorio de su médico encontrará una directiva anticipada que puede llenar para hacerle saber a su médico lo que usted desea. Su directiva anticipada a menudo incluye una orden de no resucitar. Algunas personas hacen esto después de hablar con su médico acerca de su estado de salud. Es un aviso por escrito para los trabajadores de servicios de salud que lo estén tratando, para que sepan cómo actuar si deja de respirar o su corazón se detiene. Su médico puede ayudarlo con esto si le interesa.

Usted no tiene que utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Michigan Medicaid también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia de dicho documento al hospital.**

El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si llena o no una instrucción anticipada.

### **Qué hacer si no se siguen sus instrucciones**

En Michigan, su directiva anticipada tiene obligatoriedad sobre médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en su directiva anticipada, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan, Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud llamando al 1-800-882-6006.

### **B8. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica cubierta o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

### **Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.**

Tiene derecho a ejercer sus derechos de miembro. Ejercer sus derechos no afectará negativamente la forma en que la Organización de Atención Integrada (Integrated Care Organization, ICO) y los proveedores de la red o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS) lo(a) tratan. Si considera que lo(a) han tratado injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos que se indican en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda si llama a las siguientes entidades:

- Departamento de Servicios para Miembros.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de asistencia Medicare/Medicaid (MMAAP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. Durable Medical Equipment, DME) (También puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
- El programa de Mediador de MI Health Link. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2. El número de teléfono del Programa de Mediador de MI Health Link es 1-888-746-6456; puede llamar de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

### B9. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- Lea el **Manual del miembro** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican a usted lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados que usted tenga.** Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
  - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options, Medicaid de Michigan paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - La Suma de Pago de Paciente (PPA) es la suma de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que está en una residencia para ancianos se basa en su ingreso y es establecida por el estado. Cuando su ingreso excede una suma de asignación, debe contribuir al costo de su centro de cuidado de enfermería. Se requiere la contribución de PPA si usted vive en un centro de enfermería. El Capítulo 4 brinda información adicional sobre la suma de pago de paciente para los servicios del centro de enfermería.
  - Cualquier prima del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para Trabajar, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS, visite [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).
  - **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
    - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.
    - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
    - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medicaid de Michigan sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Medicaid de Michigan.
    - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.
- Los afiliados de 55 años o mayores que obtengan servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a recuperación del patrimonio después de su fallecimiento. Para obtener más información, puede:
  - Contactar a su coordinador de cuidados, ○
  - Llamar a la Línea de Ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195, ○
  - visitar el sitio web [www.michigan.gov/estaterecovery](http://www.michigan.gov/estaterecovery), ○
  - Enviar las preguntas por correo electrónico a [MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov](mailto:MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov)



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

## C. Revise su cobertura Medicare y Michigan Medicaid para el año siguiente

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar el plan. Consulte la sección G2 si desea obtener más información.

Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid de Michigan, siempre que siga siendo elegible.

- Usted podrá elegir cómo recibe sus beneficios Medicare (vaya a la página 26).
- Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de cancelar su inscripción en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado.

### C1. Recursos adicionales

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 735-5604, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 735-5604, (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان، اتصل برقم (800) 665-0898 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)، على مدى 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني.
- También puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. La llamada es gratuita.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma distinto del inglés, comuníquese con el Estado al (800) 642-3195, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 7 p.m., EST para actualizar el registro con su idioma de preferencia. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de atención para obtener ayuda con respecto a las solicitudes permanentes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



## C2. Información sobre Molina Dual Options

- Molina Dual Options es un plan de salud con contratos con Medicare y con Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura conforme a Molina Dual Options es una cobertura médica apta denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (El IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Molina Dual Options es ofrecido por Molina Healthcare. Cuando en este Aviso anual de cambios se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

## C3. Cosas importantes para hacer:

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios que puedan afectarlo.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Es importante revisar los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean útiles para usted el año siguiente.
  - Consulte la sección D para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que puedan afectarle.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en otra categoría? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias?
  - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le rinda el año siguiente.
  - Consulte la sección D para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
  - ¿Sus médicos, incluso los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la sección D para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en los costos generales del plan.**

---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).



- ¿En qué se parecen y diferencian los costos totales a otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**

**En caso de decidir permanecer con Molina Dual Options:**

Si desea permanecer con nosotros el año siguiente, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan.

**En caso de decidir cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección F, en la página 24 para obtener más información acerca de sus opciones.

**D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red**

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2024.

**Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias del 2024*** para consultar si sus proveedores o farmacias forman parte de nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., EST para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 de su *manual del miembro*.

**E. Cambios en los beneficios para el año próximo**

**E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos**

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

|                                         | 2023 (este año)                                                                                                                                                                                                             | 2024 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen preventivo de cáncer colorrectal | <p>Para las personas de 50 años en adelante o en alto riesgo de contraer cáncer colorrectal.</p> <p>Para las personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, una colonoscopia de detección cada diez años.</p> | <p>La cobertura se amplía a las personas de 45 años en adelante o en alto riesgo de contraer cáncer colorrectal. Detalles de la cobertura ampliada.</p> <p>La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un alto riesgo.</p> |

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Puede encontrar una *Lista de medicamentos cubiertos* iactualizada en nuestro sitio web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros en el (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina “Lista de medicamentos”.

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 saber si existe alguna restricción.

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

- Hablar con su médico (u otro recetador) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
  - Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, o comuníquese con su coordinador de cuidados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que se puedan administrar para tratar la misma afección médica.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.
- Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador).

- Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del miembro para 2024* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.
- Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados. Consulte el Capítulo 2 y 3 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidados.
- Solicite al plan cubrir un suministro provisional del medicamento.

Si se aprueba su excepción de formulario, se le notificará la duración de dicha aprobación. Mayormente, las aprobaciones se otorgan por un año. Usted deberá solicitar una nueva excepción de formulario cuando su aprobación expire.

### **Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas**

- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

### **Cambios a los costos de medicamentos recetados**

No habrá cambios en la suma que usted paga por sus medicamentos recetados en 2024. A continuación, encontrará información sobre su cobertura de medicamentos recetados.

La siguiente tabla muestra sus costos de medicamentos en cada una de nuestras tres (3) categorías de medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

|                                                                                                                                                                                                                                                     | 2023 (este año)                                                                  | 2024 (el próximo año)                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos de categoría 1</b><br>(medicamentos genéricos)<br><br>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 1 que se surta en una farmacia de la red                                                                    | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> |
| <b>Medicamentos de categoría 2</b><br>(medicamentos de marca)<br><br>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 2 que se surta en una farmacia de la red                                                                     | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> |
| <b>Medicamentos de categoría 3</b><br>(Medicamentos de venta libre (OTC)/medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)<br><br>Costo para un suministro de un mes de un medicamento de categoría 3 que se surta en una farmacia de la red | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es <b>\$0 por receta médica.</b> |

## F. Cómo elegir un plan

### F1. Cómo permanecer en su plan

Esperamos que usted continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para permanecer en su plan de salud. Si no se inscribe en otro Medicare-Medicaid Plan, se cambia al Plan Medicare Advantage o a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2024.

### F2. Cómo cambiar de plan

Puede terminar su membresía en cualquier momento al inscribirse en otro plan de Medicare Advantage o en otro plan Medicare-Medicaid, o al pasarse a Medicare Original.

Estas son las cuatro maneras en que las personas usualmente finalizan la membresía en nuestro plan:

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Puede cambiar a:</div> <div>Un plan Medicare-Medicaid diferente</div>                                                                                                                                            | <div>Esto es lo que tiene que hacer:</div> <div>Llame al número de teléfono gratuito de Michigan ENROLLS, al 1-800-975-7630. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al número TTY, al 1-888-263-5897. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</div> <div>La cobertura de nuestro plan terminará el último día del mes posterior a informarnos de su cancelación.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <div>2. Puede cambiar a:</div> <div>Un plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</div> | <div>Esto es lo que tiene que hacer:</div> <div>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</div> <div>Si necesita ayuda o más información:</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP).</li></ul></div> <div>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</div> |
| <div>3. Puede cambiar a:</div> <div>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</div>                                                                                               | <div>Esto es lo que tiene que hacer:</div> <div>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</div> <div>Si necesita ayuda o más información:</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP).</li></ul></div>                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>4. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</li></ul> |

## G. Cómo recibir ayuda

### G1. Cómo obtener ayuda de Molina Dual Options

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711.. El horario de atención para llamadas telefónicas es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Su Manual del miembro para 2024

El *Manual del miembro para 2024* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Incluye detalles sobre los beneficios del próximo año. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos.

El *Manual del miembro para 2024* estará disponible a partir del 15 de octubre. Siempre tendrá a su disposición una copia actualizada del *Manual del miembro para 2024* en nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para

Miembros en el (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro para 2024*.

### **Nuestra página web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). Como recordatorio, nuestra página web cuenta con la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

## **G2. Cómo obtener ayuda de Michigan ENROLLS**

Si tiene preguntas sobre su inscripción, llame al teléfono gratuito de **Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630**. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al número TTY, al 1-888-263-5897. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

## **G3. Cómo obtener ayuda del Programa de Mediador de MI Health Link**

El Programa de Mediador de MI Health Link puede ayudarlo si tiene algún problema con Molina Dual Options. Los servicios del mediador son gratuitos.

- El Programa de Mediador de MI Health Link trabaja como defensor para usted. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer.
- El Programa de Mediador de MI Health Link se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- El Programa de Mediador de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Llame al 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456). Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

## **G4. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). El SHIP ha capacitado a los asesores en cada estado y los servicios son gratuitos. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Los consejeros del programa MMAP le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes Medicare-Medicaid y responderán las preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. El MMAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Llame al MMAP al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

## **G5. Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare, 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

**Sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si decide cancelar la inscripción en su Medicare-Medicaid Plan e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y valoraciones de la calidad para que pueda comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage 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](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” [Buscar planes]).

**Medicare y Usted 2024**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Este folleto se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare.

Si no cuenta con un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo ingresando al sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

**G6. Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan**

Llame a la Línea de ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al número TTY, al 1-866-501-5656. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.

Asegúrese de que su información de contacto esté actualizada. Puede cambiar su información en [www.Michigan.gov/MIBridges](http://www.Michigan.gov/MIBridges). Esté atento a cualquier correo o mensaje de texto de MDHHS. Es posible que deba completar un paquete de renovación para mantener su cobertura de Medicaid. Si recibe algo, asegúrese de completarlo y devolverlo a MDHHS antes de la fecha de vencimiento que le indiquen.

MIMMP01ACSP0823



---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

# **Cómo obtener materiales importantes del plan**



# Cómo obtener documentos importantes del plan

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la obtención de la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan para el 2024, como su manual del miembro, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2023.

## Conozca los documentos de su plan

- **Manual del miembro:** Una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario (lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias:** Lista de médicos, especialistas y farmacias de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor o una farmacia de la red en nuestro directorio en línea en la página web [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch).
- **Notificación de las normas de privacidad:** Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Podrá encontrar la notificación en nuestro sitio web en [https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms\\_privacy.aspx](https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx)

## Cómo ver o solicitar una copia de un documento del plan



**En línea:** Visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.molinahealthcare.com/Duals).

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan del 2024 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre del 2023.



**Llame sin costo.**

Infórmenos si no tiene acceso a una computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa del manual del miembro, el Formulario o el Directorio de proveedores y farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito (855) 735-5604, TTY: 711, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Este.



**En línea:** En [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión o configure una cuenta en el Portal para Miembros My Molina en la página web [MyMolina.com](https://www.mymolina.com). Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.

---

**Estamos aquí para ayudarle**

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, o desea optar por no recibir materiales por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito (855) 735-5604, TTY: 711.

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Este. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, 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 o ubicación geográfica.



We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. ET. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### **SPANISH**

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener ayuda de un intérprete, llámenos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Una persona que hable español podrá ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

### **TRADITIONAL CHINESE**

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 (855) 735-5604 聯絡，TTY: 711，週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點（美國東部時間）。能說中文的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### **SIMPLIFIED CHINESE**

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何疑问，我们可以提供免费的口译服务解答您的疑问。若要获得口译服务，请致电我们，电话：(855) 735-5604，TTY: 711，周一至周五提供服务，服务时间为东部时间上午 8 点至晚上 8 点。说中文的人士会帮助您。这是免费服务。

### **TAGALOG**

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming health o drug plan. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (855) 735-5604, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. ET. Makatutulong sa iyo ang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

### **FRENCH**

Nous assurons gracieusement des services d'interprétariat afin de répondre à tout question que vous pourriez avoir sur votre santé ou plan de traitement. Pour obtenir l'assistance d'un interprète, il suffit de nous appeler au (855) 735-5604, TTY : 711, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (heure de l'Est). Une personne parlant français pourra vous assister. Ce service est proposé sans frais.

### **VIETNAMESE**

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 735-5604, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Miền Đông. Ai đó nói tiếng Việt có thể trợ giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

## GERMAN

Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetscherdienste, um Ihre Fragen, die Sie möglicherweise zu unseren Gesundheits- oder Arzneimittelleistungen haben, zu beantworten. Wenn Sie mit einem Dolmetscher sprechen möchten, rufen Sie uns einfach an unter (855) 735-5604, TTY: 711, Montag – Freitag, 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (ET). Jemand, der Deutsch spricht, hilft Ihnen gerne weiter. Dies ist ein kostenloser Dienst.

## KOREAN

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 735-5604, TTY: 711번으로, 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(동부 시간대)에 문의하시기 바랍니다. 한국어 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

## RUSSIAN

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане покрытия лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 735-5604, телетайп: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по восточному времени. Вам поможет специалист, говорящий на русском языке. Эта услуга предоставляется бесплатно.

## ARABIC

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 735-5604، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي. ويمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

## ITALIAN

Offriamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a qualsiasi domanda sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero (855) 735-5604, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 20.00 ET. Una persona che parla italiano potrà aiutarti. Si tratta di un servizio gratuito.

## PORTUGUESE

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (855) 735-5604, TTY: 711, segunda – sexta, 8 a.m. até 8 p.m. ET. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

## FRENCH CREOLE

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (855) 735-5604, TTY: 711, Lendi – Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m. ET. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

## **POLISH**

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub dawkowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer (855) 735-5604, TTY: 711. Jest on dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu ET. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polski. Ta usługa jest bezpłatna.

## **HINDI**

हम आपके स्वास्थ्य या ड्रग प्लान से जुड़े किसी भी प्रश्न के लिए आपकी सहायता करने के लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं प्रदान करते हैं। दुभाषिया सेवाएं प्राप्त करने के लिए, बस हमें (855) 735-5604, TTY पर कॉल करें: 711, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से शाम 8 बजे ET समय पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

## **JAPANESE**

弊社の医療保険プランや処方薬プランについてお問い合わせいただく際に無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の場合は、（855）735-5604（TTY：711）までお電話にてご連絡ください（営業時間：月～金、午前8時～午後8時（東部時間））。日本語を話せるスタッフがお手伝いいたします。このサービスは無料でご利用いただけます。

