

2024

Manual del miembro

Molina Dual Options MyCare Ohio Plan Medicare-Medicaid

Ohio H5280-001

Sirviendo a los condados de: Butler, Clark, Clermont, Clinton, Delaware, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Montgomery, Pickaway, Union y Warren

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

Manual del Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

01/01/2024 – 12/31/2024

Su cobertura médica y de medicamentos con Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

Introducción al Manual para los Miembros

Este manual le informa acerca de su cobertura bajo Molina Dual Options MyCare Ohio hasta el 12/31/2024. Le va a explicar sobre los servicios de atención médica, la cobertura médica de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados, y sobre los servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad (también conocidos como servicios y apoyos a largo plazo). Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Este plan, Molina Dual Options MyCare Ohio, se ofrece a través de Molina Healthcare of Ohio. Cuando este *Manual del Miembro* menciona las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Molina Healthcare of Ohio. Cuando menciona "el plan" o "nuestro plan", se refiere a Molina Dual Options MyCare Ohio.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4623, servicio TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letra grande. Call (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si tiene algún problema para leer o comprender este manual o cualquier otra información de Molina Dual Options MyCare Ohio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Podemos explicarle la información o brindarle la información en su idioma principal. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o de otras maneras. Si tiene impedimentos visuales o auditivos, se le puede brindar ayuda especial.

Puede solicitar que le enviemos siempre la información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud individual (standing request). Realizaremos un seguimiento de su solicitud individual para que no tenga que realizar solicitudes separadas cada vez que le enviamos información.

Para obtener este documento en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El Servicio de Atención al Miembro puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su Administrador de Cuidados para obtener ayuda con solicitudes permanentes. Para cambiar de forma permanente su idioma o formato preferido con el trabajador de casos de su condado, llame a la Línea de Ayuda de Ohio Medicaid al (800) 324-8680, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., hora local) para actualizar su registro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Molina Dual Options MyCare Ohio 2024

Tabla de Contenidos

Capítulo 1: Inicio como miembro	5
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes.....	17
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos.....	30
Capítulo 4: Tabla de beneficios.....	51
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	96
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.....	112
Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	118
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	123
Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	144
Capítulo 10: Cómo cambiar o finalizar su membresía en nuestro Plan MyCare Ohio.....	191
Capítulo 11: Definiciones de términos importantes.....	198



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Descargo de Responsabilidad

- ❖ Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ La cobertura bajo Molina Dual Options MyCare Ohio es una cobertura de salud calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- ❖ 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Dual Options MyCare Ohio, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid. También le orienta acerca de qué puede esperar como miembro y qué otra información recibirá de Molina Dual Options MyCare Ohio. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Molina Dual Options MyCare Ohio 2024

Tabla de Contenidos

A. Bienvenido a Molina Dual Options MyCare Ohio.....	7
B. Información acerca de Medicare y Medicaid.....	8
B1. Medicare.....	8
B2. Medicaid.....	8
C. Ventajas de este plan.....	8
D. Área de servicio de Molina Dual Options MyCare Ohio.....	9
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?.....	9
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?.....	10
G. Su plan de cuidado.....	11
H. Prima mensual del plan Molina Dual Options MyCare Ohio.....	11
I. El manual del miembro.....	11
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros.....	11
J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio.....	12
J2. Carta de Nuevo Miembro.....	12
J3. Directorio de Proveedores y Farmacias.....	12
J4. Lista de Medicamentos Cubiertos.....	13
J5. Lista de Equipo Médico Duradero (DME).....	14



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

J6. Suplemento del manual del miembro o "manual de exención" 14

J7. La explicación de beneficios..... 14

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado 14

 K1. Privacidad de su información médica personal
 (personal health information, PHI) 16



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Bienvenido a Molina Dual Options MyCare Ohio

Molina Dual Options MyCare Ohio, ofrecido por Molina Healthcare of Ohio, es un plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con Administradores de Cuidados y equipos de cuidado para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Dual Options MyCare Ohio fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle a usted los servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa de demostración conjuntamente operado por ODM y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. En esta demostración, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

Un Plan de Salud Diseñado para Usted

Lo ponemos a usted al centro de su cuidado. Crearemos un plan de cuidado personal que se ajuste a sus necesidades, no al revés.

- Comenzamos con una evaluación completa de su salud. Un(a) enfermero(a) o trabajador(a) social registrado(a) de Molina Dual Options MyCare Ohio le ayudará con esta evaluación. La evaluación nos ayuda a satisfacer sus necesidades de servicios médicos, transportación, alimentos, vivienda y otros recursos comunitarios. Utilizamos esta información para crear un plan de cuidado personal diseñado para usted.
- Su equipo de cuidados trabaja en su nombre para tratar con rapidez sus problemas de salud. Su equipo de cuidados puede ponerle en contacto con un médico u otros proveedores.
- Su Administrador de Cuidados está comprometido con usted. Trabjará con usted para tratar sus afecciones médicas y reducir la necesidad de realizar consultas en el hospital.
- Su Administrador de Cuidados le ayudará para que cualquier transición entre el hospital, el centro de enfermería y su hogar sea lo más tranquila posible.
- Un Conector de la Comunidad que resida en su área puede hacer visitas a domicilio y conversar con su equipo de cuidados. Los Conectores de la Comunidad pueden ayudarle a resolver problemas antes de que se vuelvan más serios. Debido a que viven en su comunidad, los Conectores de la Comunidad pueden conectarle con servicios sociales locales como comida, vivienda y trabajo.

La comunicación es muy importante para ayudarlo a que esté más saludable y seguro en su hogar. Nos comunicaremos con usted a menudo y lo trataremos como un compañero en su cuidado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

Usted cuenta con los beneficios de Medicare y de Medicaid. Molina Dual Options MyCare Ohio se asegurará de que estos programas trabajen conjuntamente para brindarle el cuidado que usted necesita.

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de atención médica para las siguientes personas:

- personas de 65 años de edad o mayores;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; y
- personas con enfermedades renales en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por costos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, con la condición de que respeten las normas federales.

Medicare y Ohio Medicaid deben aprobar a Molina Dual Options MyCare Ohio cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- Nosotros decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y Ohio Medicaid aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, no se verá afectada su elegibilidad para servicios de Medicare y Medicaid.

C. Ventajas de este plan

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid a través de Molina Dual Options MyCare Ohio, incluidos los medicamentos recetados. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este plan de salud.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Molina Dual Options MyCare Ohio le ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos para usted. **Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:**

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Usted tendrá un grupo de atención médica que ayudó a constituir. Su grupo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener la atención que usted necesita.
- Usted tendrá un Administrador de Cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options MyCare Ohio y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita. Él o ella será un miembro de su equipo de cuidados.
- Usted será capaz de dirigir su propia atención médica con la ayuda del equipo y del Administrador de Cuidados.
- El equipo de cuidados y el Administrador de Cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de atención médica diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades. El grupo de atención médica será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - o Su equipo de cuidados se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
 - o Su equipo de cuidados se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Molina Dual Options MyCare Ohio

Molina Dual Options MyCare Ohio está disponible sólo para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, usted tendrá que seguir viviendo en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Ohio: Butler, Clark, Clermont, Clinton, Delaware, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Montgomery, Pickaway, Union y Warren. Si usted se muda, debe informar sobre su mudanza al Departamento de Empleo y Servicios de Familia (Department of Job and Family Services) de su Condado. Si se muda a otro estado, deberá solicitar Medicaid en el nuevo estado. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque estén físicamente ubicadas en ella); **y**
- tiene Medicare (Partes A, B y D); **y**
- tiene cobertura total Medicaid; **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos; **y**
- tiene 18 años o más al momento de la inscripción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Incluso si cumple con los requisitos antes mencionados, usted no será elegible para inscribirse en Molina Dual Options MyCare Ohio si:

- tiene otra cobertura de atención médica acreditable de un tercero; ●
- tiene alguna discapacidad intelectual u otra discapacidad de desarrollo y recibe servicios a través de una exención o un Centro de Atención Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICFIID); ●
- está inscrito en un Programa de Cuidados para Ancianos con Todo Incluido (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Además, usted tiene la opción de dar de baja su inscripción en Molina Dual Options MyCare Ohio si es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.

Si usted cree que cumple con los requisitos antes mencionados y que no se debería inscribir, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?

Cuando se una al plan por primera vez, recibirá una evaluación sobre sus necesidades de atención médica entre los primeros 15 y 75 días de la fecha de entrada en vigor de su inscripción según su estado de salud. Completaremos con usted una evaluación de salud. Utilizamos esta evaluación de salud para crear un plan de cuidado personal exclusivo para usted. La evaluación le preguntará acerca de sus necesidades médicas y de salud mental actuales. La evaluación también nos ayuda a satisfacer sus necesidades de transporte, alimentos, vivienda y otros recursos comunitarios.

Nos comunicaremos con usted para completar la evaluación de salud. Una de nuestros(as) enfermeros(as) o trabajadores sociales trabajará con usted para completar la evaluación de salud. La completaremos mediante una consulta en persona, por teléfono o por correo. Si recibe una evaluación de salud por correo, complétela lo antes posible. Luego, devuélvala en el sobre provisto.

Si usted está en la Exención de MyCare Ohio, usted siempre completará su evaluación de salud en persona.

Si Molina Dual Options MyCare Ohio es un plan nuevo para usted, puede continuar consultando con sus doctores durante un plazo de hasta 90 días a partir de la fecha de su inscripción. Además, si usted ya tenía aprobación previa para obtener servicios, nuestro plan respetará la aprobación hasta que usted reciba los servicios. Esto se llama un "período de transición". La Carta para Nuevos Miembros incluida con su *Manual del Miembro* tiene más información sobre los períodos de transición. Si se encuentra en la Exención de MyCare Ohio, el Suplemento de su manual del miembro o "manual de exención" también contiene más información sobre los períodos de transición de los servicios de exención.

Luego del periodo de transición, para la mayoría de los servicios, tendrá que acudir a doctores y demás proveedores de la red Molina Dual Options MyCare Ohio. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención médica. El Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a encontrar un proveedor de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 10

Si actualmente se atiende con un proveedor que no forma parte de la red, o si ya tiene servicios aprobados y/o programados, es importante que se comunique inmediatamente con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos coordinar los servicios y evitar problemas de facturación.

G. Su plan de cuidado

Un plan de cuidados es el plan para los servicios de salud que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Después de la evaluación sobre sus necesidades de atención médica, su equipo de cuidados se reunirá con usted para conversar acerca de cuáles son los servicios que usted necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención médica harán un plan de cuidados.

Su equipo de cuidados trabajará con usted continuamente para actualizar su plan de cuidados con el fin de asegurar que usted reciba los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan Molina Dual Options MyCare Ohio

Molina Dual Options MyCare Ohio no tiene una prima mensual del plan.

I. El manual del miembro

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las reglas en este documento. Si usted considera que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, página 144. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros en el (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o con Medicare en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede consultar el Manual del Miembro en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

El contrato está vigente por los meses en que usted esté inscrito a Molina Dual Options MyCare Ohio, entre el 01/01/2024 y el 12/31/2024.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

También recibirá una Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, una Carta de Nuevo Miembro con información importante, información sobre cómo acceder al *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a una Lista de Medicamentos Cubiertos. Los miembros inscritos en una exención basada en el

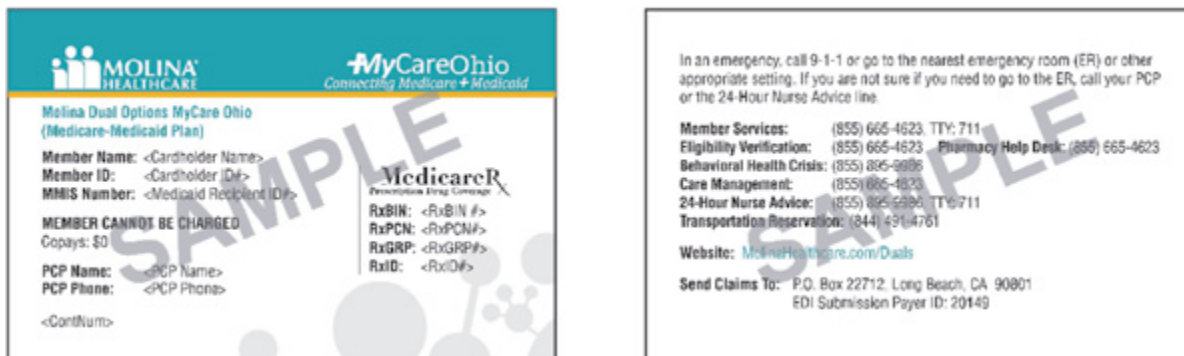


Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

hogar y la comunidad también recibirán un complemento a su *Manual del Miembro* que brinda información específica sobre los servicios de exención. Si usted no recibe estos documentos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir asistencia.

J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio

Bajo el programa MyCare Ohio, usted tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los apoyos y servicios a largo plazo y las recetas médicas. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o recetas médicas cubiertas por el plan. Este es un ejemplo de tarjeta para que vea cómo será la suya:



Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de este plan, esta es la única tarjeta que usted necesita para recibir servicios. Ya no recibirá una tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, el proveedor podría facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Carta de Nuevo Miembro

Asegúrese de leer la Carta de Nuevo Miembro que se le envía con su *Manual del Miembro*, ya que es una referencia rápida para información importante. Por ejemplo, contiene información sobre temas tales como cuándo podrá obtener servicios de proveedores que no están en nuestra red, servicios aprobados previamente, servicios de transporte y quién es elegible para la inscripción en MyCare Ohio.

J3. Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores y las farmacias de la red para recibir servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, como cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 10) y para ciertos servicios (consulte el Capítulo 3).



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Usted puede pedir en cualquier momento un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso, para hacerlo llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

Definición de proveedores dentro de la red

- Los Proveedores de la Red de Molina Dual Options MyCare Ohio incluyen:
 - o médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - o clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - o agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medicaid.

Para obtener una lista completa de los proveedores dentro de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Los proveedores de la red no deberían facturarle directamente por servicios cubiertos por el plan. Para obtener información sobre facturas de proveedores de la red, consulte el Capítulo 7, página 118.

Definición de farmacias dentro de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las pague. Si no es una emergencia, puede preguntarnos con antelación para usar una farmacia fuera de la red.

J4. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar. Le indica cuáles medicamentos recetados están cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio.

La Lista de Medicamentos también le indica si hay normas o restricciones sobre algún medicamento, como el límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de cuáles son los medicamentos cubiertos, visite la página web del plan en www.MolinaHealthcare.com/Duals o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

J5. Lista de Equipo Médico Duradero (DME)

Junto con este *Manual del Miembro*, le enviamos la Lista de Equipo Médico Duradero de Molina Dual Options MyCare Ohio. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipos médicos duraderos cubiertos por nosotros. Puede encontrar una lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com/Duals. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información acerca del DME.

Si usted es nuevo en Molina Dual Options MyCare Ohio y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando por esta marca por un plazo de hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su doctor para decidir qué marca es adecuada desde el punto de vista médico para usted después de este periodo de 90 días. Si no está de acuerdo con su doctor, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión.

J6. Suplemento del manual del miembro o "manual de exención"

Este suplemento brinda información adicional para los miembros inscritos en los servicios de exención en el hogar y basados en la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros, el desarrollo del plan de servicios, la administración de la atención médica, la coordinación de servicios de exención y el reporte de incidentes.

J7. La explicación de beneficios

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un control de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios* (o EOB).

La *EOB* le informa la suma total que usted u otros en su nombre han pagado por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En la *EOB*, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la *EOB* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Asimismo, puede obtener una *EOB* cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Puede mantener actualizado su registro de membresía comunicándonos cualquier cambio en la información.

También puede llamar al Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) para comunicar cualquier cambio en su información. Informe a su oficina de CDJFS local cualquier cambio en su dirección postal, número de teléfono y correo electrónico. Puede encontrar el número de su CDJFS local aquí: http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf. También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al (800) 324-8680 para obtener ayuda sin costo alguno. Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., o sábados de 8 a.m. a 5 p.m., hora local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Las farmacias y proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cualquier monto de copago de medicamentos para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador
- admisión a una residencia para ancianos u hospital
- atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted)
- usted toma parte o comienza a tomar parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).
- Si tiene que acudir a un proveedor a causa de una lesión o enfermedad que haya sido causada por otra persona o negocio. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico, por la mordida de un perro, o si se resbala y se cae en una tienda, entonces otra persona o negocio probablemente tenga que pagar por los gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos saber el nombre de la persona o del negocio responsable como así también de las empresas de seguros o de los abogados que estén involucrados.

De haber cualquier cambio en la información, háganos saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al(855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Autoservicio para Miembros en Línea y Móviles

Usted puede actualizar su información en línea con Mi Molina, un sitio web protegido con contraseña. Mi Molina se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para registrarse, visite MiMolina.com.

Use Mi Molina para:

- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Encontrar o cambiar proveedores
- Ver, imprimir o solicitar su tarjeta de identificación.
- Presentar una queja
- Ver su historial de reclamaciones.
- Ver su perfil médico (evaluaciones, afecciones, plan de cuidado).



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Compartir sus registros con su equipo de cuidado.
- Recibir recordatorios de salud para los servicios que necesita.
- Enviar un mensaje a su Administrador de Cuidados

Aplicación Mi Molina para teléfonos inteligentes

Puede ver información sobre su plan en cualquier momento y lugar con la aplicación Mi Molina Mobile. Descargue la aplicación en el iPhone App Store o en Google Play sin costo alguno.

Inicie sesión en la aplicación con su identificación (ID) de usuario y contraseña de Mi Molina o presione "Usuario nuevo" para registrarse.

Utilice la aplicación móvil Mi Molina para:

- Ver o enviar su tarjeta de identificación por fax o correo electrónico.
- Llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras, al Departamento de Servicios para Miembros, Transporte, Administración de Cuidados y a otros servicios de apoyo las 24 horas al día
- Encontrar, cambiar o marcar como favorito a sus proveedores.
- Encontrar una farmacia o centro de atención médica urgente
- Conozca sus síntomas si está enfermo (sólo usuarios de Android)
- Consulte su historial médico personal y su historial de servicios
- Ver su Resumen de Beneficios

K1. Privacidad de su información médica personal (personal health information, PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI) Las leyes requieren que mantengamos su PHI en forma privada. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a contestar preguntas acerca de Molina Dual Options MyCare Ohio, del estado de Ohio, de Medicare, y de sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su administrador de cuidados y otros que puedan abogar por usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de Contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio	18
A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros.....	19
B. Cómo comunicarse con su Administrador de Cuidados.....	21
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día.....	22
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería.....	22
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al día.....	23
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	23
E. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	24
E1. Cuándo contactar a Livanta	24
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	25
G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio	26
H. Cómo comunicarse con el Mediador de MyCare de Ohio	27
I. Otros recursos.....	28



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio

LLAME AL:	<p>(855) 665-4623. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local</p> <p>Existen otras opciones luego de las horas normales. Éstas incluyen el autoservicio y el correo de voz. Utilice estas opciones los fines de semana y días festivos.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local</p>
FAX	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros: Fax: (888) 295-4761</p> <p>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309</p> <p>Para Quejas y Apelaciones: Fax: (562) 499-0610</p>
ESCRIBA A	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros: P.O. Box 349020 Columbus, OH 43234-9020</p> <p>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p> <p>Si nos envía una apelación o queja, puede utilizar el formulario que está en el Capítulo 9. También puede escribirnos una carta en la que nos explique su pregunta, problema, queja o apelación.</p> <p>Para Quejas y Apelaciones: Atención: Grievance and Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977</p>
PÁGINA WEB	<p>www.MolinaHealthcare.com/Duals</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación por parte de proveedores
- Tarjetas de Identificación (ID) de Miembro
 - Háganos saber si no recibió su Tarjeta de Identificación del Miembro o si la ha perdido.
- Cómo encontrar proveedores de la red
 - Esto incluye preguntas sobre cómo buscar o cambiar a su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP).
- Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo
 - En algunos casos, usted puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades básicas de la vida. Si Medicaid de Ohio y Molina Dual Options MyCare Ohio lo consideran necesario, es posible que pueda recibir vida asistida, ama de casa, cuidado personal, comidas, equipo adaptivo, auxilio para emergencias y otros servicios.
- Cómo comprender la información en su *Manual del Miembro*
- Recomendaciones sobre lo que usted cree que deberíamos cambiar
- Otra información sobre Molina Dual Options MyCare Ohio
 - Usted puede solicitar información adicional sobre nuestro plan, incluida la información acerca de la estructura y el funcionamiento de Molina Dual Options MyCare Ohio y cualquier plan de incentivos para médicos que manejamos.
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica y medicamentos
 - Una decisión de cobertura es una decisión acerca de:
 - sus beneficios y los servicios y medicamentos cubiertos; ●
 - la suma que pagaremos por sus servicios de salud y sus medicamentos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones acerca de su atención médica y sus medicamentos
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Quejas acerca de su atención médica y sus medicamentos
 - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (consulte la E más adelante).
 - Si la queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamento, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options MyCare Ohio directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options MyCare Ohio directamente a Medicaid. Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. Consulte la página 26 para conocer otras formas de comunicarse con Medicaid de Ohio.
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options MyCare Ohio al Mediador de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
 - Para conocer más sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 9.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó
 - Para más información acerca de cómo solicitarnos ayuda con un servicio que ha pagado o para pagar una factura que recibió, consulte el capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

B. Cómo comunicarse con su Administrador de Cuidados

Su Administrador de cuidados es su contacto principal en su plan de salud. Esta persona le ayuda a administrar a todos sus proveedores y servicios. Se asegurará de que usted reciba lo que necesita. Su Administrador de cuidados le dirá su nombre y número de teléfono.

Usted y/o su cuidador pueden cambiar el Administrador de cuidados que se le asignó. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros o a su Administrador de Cuidados actual. Podemos realizar los cambios sobre la asignación del Administrador de Cuidados basado en sus necesidades médicas y culturales o su ubicación.

Si tiene preguntas, llame a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.

LLAME AL:	(855) 665-4623. Esta llamada es gratuita. La línea de teléfono del Administrador de cuidados está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Existen otras opciones luego de las horas normales. Éstas incluyen el autoservicio y el correo de voz. Utilice estas opciones los fines de semana y días festivos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días del año.
ESCRIBA A	Molina Dual Options MyCare Ohio P.O. Box 349020 Columbus, OH 43234-9020
PÁGINA WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con personal de enfermería calificado que puede brindarle asesoramiento de atención médica en su idioma y ayudarlo(a) para que reciba la atención que necesita.

Nuestra Línea de Consejos de Enfermería está disponible para brindarles servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todo Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermeras es un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la URAC (Comisión de Acreditación para Revisión de Uso). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso integral con el cuidado de calidad, los procesos mejorados y mejores resultados con pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería también cuenta con la certificación de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) en Productos de Información de la Salud (HIP) para nuestra Línea de Información de la Salud disponible 24/7, los 365 días del año. NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información de la salud de NCQA para los estándares aplicables para los planes de salud.

LLAME AL:	<p>(855) 895-9986. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de Consejos de Enfermería y de Crisis de Salud Conductual están disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días del año.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería

- Preguntas sobre su atención médica



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al día

Usted puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual si necesita ayuda de inmediato o no está seguro de lo que debe hacer si:

- Siente tristeza constante que no mejora
- Piensa en hacerse daño a sí mismo o a otras personas
- Tiene sentimientos de desesperanza o impotencia
- Se siente inútil
- Siente culpabilidad
- Tiene dificultad para dormir
- Tiene falta de apetito o pérdida de peso
- Tiene falta de interés
- Trastornos por el uso de sustancias.

También puede llamar al 988 (Línea de emergencia en caso de suicidio y crisis) para obtener ayuda gratuita y confidencial. Llame al 988 en cualquier momento si tiene pensamientos suicidas o experimenta desasosiego emocional.

Si tiene una emergencia que podría ocasionarle daños o la muerte a usted o a otros, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. También puede llamar al 911.

LLAME AL:	(855) 895-9986. Esta llamada es gratuita. La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días del año.

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Preguntas sobre servicios de desorden en el uso de sustancias.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

E. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una organización llamada Livanta sirve como la QIO de Ohio. Un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta no está asociada con nuestro plan.

LLAME AL:	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

E1. Cuándo contactar a Livanta

- Preguntas sobre su atención médica
 - Usted puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica;
 - cree que su permanencia en el hospital termina demasiado pronto; ●
 - considera que su atención médica a domicilio o la atención en centros de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finaliza demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

F. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y pacientes con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a veces llamados CMS.

LLAME AL:	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
PÁGINA WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y de cuidados paliativos.</p> <p>Incluye páginas web y números de teléfono de ayuda. También incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y realizar cualquier consulta sobre la que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo, y reduce costos para personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid de Ohio paga por las primas de Medicare para ciertas personas, y paga los deducibles, coseguros y copagos de Medicare a excepción de las recetas médicas. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo tales como servicios de "exención" basados en el hogar y la comunidad, y servicios de vida asistida y atención médica en un centro de enfermería a largo plazo. También cubre los servicios dentales y para la vista.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Molina Dual Options MyCare Ohio brinda sus servicios cubiertos de Medicaid a través de un acuerdo de proveedor con Medicaid de Ohio. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio.

LLAME AL:	1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. La línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-292-3572. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El número TTY de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm, y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm.
ESCRIBA A	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
PÁGINA WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

También puede comunicarse con el Departamento de Empleo y Servicios Familiares de su Condado local si tiene preguntas o necesita presentar cambios para su dirección, ingreso o un plan médico adicional. La información de contacto está disponible en línea en: jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

H. Cómo comunicarse con el Mediador de MyCare de Ohio

La oficina del Mediador de MyCare Ohio trabaja como un defensor para usted. Pueden responder a preguntas si usted tiene un problema o queja, y pueden ayudarle a entender qué hacer. La oficina del Mediador de MyCare Ohio también ayuda con inquietudes acerca de cualquier aspecto del cuidado. La ayuda está disponible para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar quejas o apelaciones con nuestro plan.

El Mediador de MyCare Ohio trabaja junto con la Oficina del Mediador de Atención a Largo Plazo del Estado (Office of the State Long-term Care Ombudsman), que aboga por los consumidores que reciben servicios y apoyos a largo plazo. El Mediador de MyCare Ohio no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL:	1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita. El Mediador de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	Servicio de Retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N. High Street, 1st Floor Columbus, Ohio 43215-2406
PÁGINA WEB	www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman Usted puede presentar una queja en línea en: aging.ohio.gov/Contact .

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



I. Otros recursos

Buscador de ayuda de Molina

El Buscador de Ayuda de Molina es una herramienta en línea que le ayuda a encontrar recursos comunitarios de bajo coste o gratuitos. Encuentre recursos cuando y donde los necesite para satisfacer necesidades básicas como:

- comida
- vivienda
- transporte
- salud
- capacitación laboral
- cuidado de niños
- educación
- trabajo
- legal

LLAME AL:	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para que le ayuden a encontrar recursos comunitarios. También puede comunicarse con su Administrador de Cuidados. Es importante que le haga saber a su Administrador de Cuidados acerca de los servicios que usted necesita. Su Administrador de Cuidados lo ayudará para que se comunique con esos recursos.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
PÁGINA WEB	MolinaHelpFinder.com

Ayuda para Renovar Cada Año su Cobertura de Medicaid

Debe renovar su elegibilidad para Medicaid con su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) local cada 12 meses para averiguar si todavía califica para los beneficios de Medicaid. Recibirá una carta de renovación antes de la fecha de renovación para recordárselo. La carta de renovación incluirá la documentación que debe completar para renovar su elegibilidad. También puede renovar su elegibilidad en persona o en línea. La tabla a continuación le indica diferentes formas para renovar su elegibilidad.

Usted perderá su elegibilidad de Medicaid si no llena los documentos de renovación. Si pierde su elegibilidad de Medicaid, ya no estará cubierto por Molina Dual Options MyCare Ohio.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si ya renovó su elegibilidad de Medicaid en los últimos 12 meses, no necesitará renovar de nuevo hasta el próximo período de renovación.

LLAME AL:	<p>Llame a su oficina local de CDJFS o trabajador de casos del condado si necesita ayuda con el proceso de renovación de Medicaid. Ellos recogen y procesan los formularios. Puede encontrar el número de su CDJFS local aquí: http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.</p> <p>También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio para obtener ayuda sin costo alguno. Llame al (800) 324-8680.</p>
CORREO	<p>Complete el formulario de renovación que recibió por correo. Envíelo a su oficina local de CDJFS. Puede encontrar la dirección en la portada de la carta. También puede encontrar la dirección aquí: http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.</p>
EN PERSONA	<p>Puede ir a su oficina local de CDJFS para llenar los formularios. Traiga los documentos que necesita para informar sus ingresos. Puede llenar un formulario en persona. No necesita programar una cita. Puede encontrar la dirección de su CDJFS local aquí: http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.</p>
PÁGINA WEB	<p>Consulte el portal para miembros de la línea directa de Medicaid de Ohio a fin de renovar sus beneficios en línea. Vaya a https://members.ohiomh.com/ para registrarse o iniciar sesión en su cuenta.</p>
OTROS	<p>Existen otros recursos que pueden ayudarle a renovar sus beneficios sin costo alguno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuentre ayuda local en https://localhelp.healthcare.gov. • Llame al 2-1-1, un recurso privado que puede utilizar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos con Molina Dual Options MyCare Ohio. También le informa sobre su administrador de cuidados, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para poseer Equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de Contenidos

A. Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores", "proveedores de la red", y "farmacias de la red"	32
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan.....	32
C. Información acerca de su Equipo de cuidados y Administrador de cuidados	33
C1. Qué es administración de cuidados	33
C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Cuidados.....	35
C3. Cómo usted interactuará con su Administrador de Cuidados y el equipo de cuidados	35
C4. Cómo puede cambiar su Administrador de Cuidados.....	36
D. Cuidados por parte de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.....	36
D1. Cuidados de un proveedor de atención médica primaria.....	36
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red.....	38
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan.....	39
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red.....	40
E. ¿Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?.....	40
F. ¿Cómo obtener servicios de salud conductual?.....	40

G. ¿Cómo obtener servicios de transporte?	41
G1. Cómo obtener servicios de transporte	41
H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención de urgencia o durante un desastre	42
H1. Cuidado en casos de emergencia médica	42
H2. Atención médica requerida urgentemente	45
H3. Atención médica durante un desastre	45
I. ¿Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan?	46
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	46
J. Cobertura de los servicios de atención médica cubiertos cuando participa en un estudio de investigación clínica	46
J1. Definición de estudio de investigación clínica	46
J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	47
J3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica	47
K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	48
K1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	48
K2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica	48
L. Equipo médico duradero (DME)	49
L1. DME como miembro de nuestro plan	49
L2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	49
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan	50
L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	50



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores", "proveedores de la red", y "farmacias de la red"

Los servicios incluyen atención médica, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y los apoyos y servicios a largo plazo se describen en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores son médicos, enfermeros(as) y otras personas que proporcionan servicios y cuidados. El término "proveedores" también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Estos proveedores han acordado facturarnos directamente por la atención que le prestan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si tiene la responsabilidad de paciente por centro de enfermería o servicios de exención. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan directamente por las recetas que usted recibe. Cuando utiliza una farmacia de la red, usted no paga nada por sus medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan

Molina Dual Options MyCare Ohio cubre todos los servicios cubiertos de atención médica por Medicare y Medicaid. Esto incluye salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Por lo general, Molina Dual Options MyCare Ohio pagará por la atención médica y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan. Para estar cubierto por nuestro plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4 para más información sobre los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de Beneficios del plan.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que usted necesita servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros, equipos o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- El cuidado que usted reciba debe tener una autorización previa por parte de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando sea requerido. Para algunos servicios, su proveedor debe presentar información a Molina Dual Options MyCare Ohio y solicitar autorización para que usted obtenga el servicio. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Consulte la tabla en el Capítulo 4 para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP)** que le administre su atención médica. Aunque usted no necesita autorización (llamada remisión) de su PCP para recurrir a otros proveedores, igualmente es importante contactar a su PCP antes de consultar con un especialista o después de una consulta a un departamento de emergencias o urgencias. Esto le permite a su PCP administrar su atención médica de manera que obtenga los mejores resultados.
 - Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 38.
- **Debe recibir atención médica de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan de salud (un proveedor fuera de la red). Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para conocer más sobre lo que significa emergencia y atención médica requerida urgentemente, consulte la Sección I en la página 46.
 - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options MyCare Ohio requiere una autorización previa para obtener atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubrimos la atención sin ningún costo para usted. Para obtener más información acerca de cómo obtener la aprobación para recurrir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D en la página 36.
 - El plan cubre los servicios obtenidos en Centros Médicos Federalmente Calificados, Clínicas de Salud Rurales y a través de proveedores calificados de planificación familiar fuera de la red que figuren registrados en el Directorio de Proveedores y Farmacias.
 - Si usted se encuentra recibiendo servicios de exención de vida asistida o servicios de un centro de cuidados a largo plazo por parte de un proveedor fuera de la red en o antes del día de su inscripción como miembro, usted puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se encuentra accesible durante un breve periodo. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Si usted es nuevo en nuestro plan, puede continuar consultando a sus actuales proveedores fuera de la red durante un periodo después de su inscripción. Esto se llama un "período de transición". Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 *de este manual* y su Carta de Nuevo Miembro.

C. Información acerca de su Equipo de cuidados y Administrador de cuidados

C1. Qué es administración de cuidados

Molina Dual Options MyCare Ohio proporciona a todos los miembros servicios de administración de cuidados. Los servicios de administración de cuidados ayudan a coordinar sus servicios de cuidado y salud con el fin de que reciba el cuidado que usted necesita para satisfacer sus objetivos de salud. Los profesionales que proveen estos servicios se denominan Administradores de Cuidados. Todos los Administradores de Cuidados son enfermeros(as) o trabajadores sociales con licencia. Son parte de un equipo de cuidados compuesto por otros profesionales de atención médica y personal de soporte.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Su Evaluación de Salud

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, nos pondremos en contacto con usted para completar una evaluación de salud dentro de los primeros 75 días. Su día de evaluación va a depender de sus necesidades de salud. Programaremos su evaluación en el mejor momento disponible para usted. Utilizamos esta evaluación de salud para crear un plan de cuidado personal exclusivo para usted. La evaluación le preguntará acerca de sus necesidades médicas y de salud mental actuales. La evaluación también nos ayuda a satisfacer sus necesidades de transporte, alimentos, vivienda y otros recursos comunitarios.

Una de nuestros(as) enfermeros(as) o trabajadores sociales trabajará con usted para completar la evaluación de salud. La completaremos mediante una consulta en persona, por teléfono o por correo. Si recibe una evaluación de salud por correo, complétela lo antes posible. Luego, devuélvala en el sobre provisto.

Si usted está en la Exención de MyCare Ohio, usted siempre completará su evaluación de salud en persona.

¿Qué incluyen mis servicios de administración de cuidados?

Sus servicios de administración de cuidados incluyen:

- Una evaluación de salud para estar seguros de que entendemos sus necesidades de salud. Esto es especialmente importante si usted sufre de una discapacidad o condición crónica que requiera ayuda especial.
- Se realizarán evaluaciones con regularidad basado en sus necesidades y preferencias. También se realizará una evaluación si hay cualquier cambio en su atención médica o en su vida que pueda afectar su cuidado.
- Un plan de cuidado personal desarrollado de acuerdo a sus propias metas, preferencias y necesidades.
 - Un plan de cuidados es un plan creado por usted y su equipo de cuidados con su Administrador de Cuidados. Su plan de cuidados enumera sus metas personales e ideas para alcanzar esas metas. Además, ayuda a mantener un registro de su progreso hacia estas metas. Cuando se actualice su plan de cuidado, obtendrá una copia. Usted puede elegir obtener una copia por correo o por correo electrónico. También puede solicitarle una copia en cualquier momento a su Administrador de Cuidados.
 - Puede consultar su Plan de Cuidado en cualquier momento, en MiMolina.com o en la app para dispositivos móviles Mi Molina.

¿Quiénes forman parte de mi equipo de cuidados?

Su equipo de cuidados está formado por:

- Usted
- Sus miembros familiares y cuidador(es).
- Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Su Administrador de Cuidados
- Otros doctores que le brindan servicios de cuidado a usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Cuidados

Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para hablar con su Administrador de Cuidados o programar una visita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Llame a TTY: 711 para personas con impedimentos auditivos. La llamada es gratuita. Su Administrador de Cuidados u otros miembros de su Equipo de Administración de Cuidados están listos para ayudar.

Puede enviar un mensaje a su Administrador de Cuidados a través de MiMolina.com o la app para dispositivos móviles Mi Molina. Lo llamarán dentro de las 48 horas.

También puede comunicarse con un miembro del Equipo de Administración de Cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando a la Línea de Consejos de Enfermería al (855) 895-9986, TTY: 711.

C3. Cómo usted interactuará con su Administrador de Cuidados y el equipo de cuidados

Su Administrador de Cuidados está comprometido con ayudarle a usted. Su Administrador de Cuidados le ayuda a controlar sus condiciones de salud y reducir la necesidad de consultas al hospital. El Administrador de Cuidados también:

- Le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios.
- Es su punto de contacto para sus necesidades de administración de cuidados
- Trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse de que reciba la atención que necesite.

Su Administrador de Cuidados programará conferencias con el equipo de cuidados. Esto significa que puede reunirse regularmente con miembros de su equipo de cuidados. Juntos, su Administrador de Cuidados y su equipo de cuidados:

- Harán preguntas para conocer más acerca de su condición y sus necesidades
- Trabajarán con usted para crear un plan de cuidados que incluya sus metas de salud
- Se asegurarán de que sus preferencias y necesidades sean parte de su plan de cuidados
- Hablarán con usted sobre los pasos que desea tomar, o puede seguir, para alcanzar las metas en su plan de cuidados
- Le ayudarán a determinar qué servicios usted necesita obtener, cómo acceder a los mismos (incluyendo recursos locales) y qué proveedores pueden brindarle cuidado
- Le ayudarán a encontrar y programar citas con proveedores calificados
- Le recordarán sus citas médicas importantes
- Le ayudarán a entender cómo cuidar de sí mismo
- Se asegurarán de que se realicen los exámenes médicos y los análisis de laboratorio, y de que los resultados sean compartidos con sus proveedores según sea necesario.
- Trabajarán con sus proveedores para asegurarse de que conocen todos los medicamentos que usted toma para reducir los efectos secundarios

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Si usted está en el hospital o en un centro de enfermería, los miembros de su equipo de cuidados pueden visitarlo o ponerse en contacto con usted. Su equipo de cuidados se asegurará de que usted reciba la atención, el cuidado y los servicios que usted necesita. Una vez que regrese a su casa, también podemos visitarlo(a) o contactarlo(a) para que podamos ayudarle con su transición. Le ayudaremos a recibir el cuidado que necesita.

Recuerde que sus proveedores necesitan tener su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

C4. Cómo puede cambiar su Administrador de Cuidados

Le asignaremos a su Administrador de Cuidados. Usted o alguien autorizado a actuar en su nombre puede cambiar el Administrador de Cuidados que se le ha asignado. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros o a su Administrador de Cuidados actual. Podemos realizar los cambios sobre la asignación del Administrador de Cuidados basado en sus necesidades médicas y culturales o su ubicación.

¡Díganos qué piensa!

Molina Dual Options MyCare Ohio hace todo lo posible para brindarle a usted y a su familia el mejor cuidado. Si recibe una encuesta por correo en la que se le solicitan comentarios sobre su plan de salud y proveedores, asegúrese de completarla. Sus respuestas nos ayudarán a brindarle un mejor servicio. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros en cualquier momento si tiene sugerencias para nosotros.

D. Cuidados por parte de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

D1. Cuidados de un proveedor de atención médica primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y gestione su cuidado.

Definición de "PCP" y lo que el PCP hace por usted

Un Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) es un médico, una enfermera certificada (certified nurse practitioner, CNP), un asistente médico u otro profesional de atención médica que le brinda atención médica de rutina. Su PCP podría ser un médico general (doctor) o especializarse en:

- Medicina de familia (atención para personas de cualquier edad)
- Medicina interna (atención para adultos con una dolencia o enfermedad)
- Obstetricia y ginecología (OB/ GYN, o atención reproductiva para mujeres)
- Geriátrica (atención para adultos mayores)
- Pediatría (atención para niños)

Su PCP también puede ser el hogar médico o la clínica, como un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).

Es posible que necesite tener a un proveedor especialista como su PCP. Puede necesitar esto si tiene necesidades médicas complejas. Tenemos una red de proveedores especializados para atender a nuestros miembros. Si necesita que un especialista sea su PCP, el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a encontrarlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Su PCP le proveerá la mayoría de sus cuidados. Su PCP lo ayudará a establecer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de nuestro plan. Coordinar sus servicios significa comprobar o consultar con otros proveedores sobre su atención médica y ver cómo sigue todo. Estas incluyen:

- radiografías.
- análisis de laboratorio.
- terapias
- cuidado de médicos especialistas
- admisiones al hospital
- cuidado de seguimiento

En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa de nosotros. Su PCP puede necesitar sus historias clínicas anteriores para proporcionar o coordinar su atención médica. Hable con su PCP actual acerca de enviar su historial médico a su consultorio.

¿Qué debe hacer si necesita atención médica urgente o después de las horas de consulta?

La atención médica urgente, también llamada atención que no es de emergencia, es cuando necesita atención inmediata, pero no corre peligro de daño duradero o de perder su vida. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- dolor de garganta o tos
- gripe
- migraña o dolor de cabeza
- dolor de oído o infecciones de oído
- fiebre sin sarpullido
- vómitos
- dolor al orinar
- diarrea persistente
- accidentes menores o caídas
- lesiones menores como un esguince común o una cortadura superficial

Si necesita atención médica urgente, llame a su PCP para solicitar una cita.

Puede haber ocasiones en que su proveedor no puede atenderle de inmediato. Quizá no haya una cita disponible o el consultorio de su proveedor puede estar cerrado. Se le llama atención médica después de las horas de consulta cuando necesita atención después del cierre del consultorio de su proveedor.

Si necesita atención médica después de las horas de consulta o si su proveedor no puede programar una cita inmediatamente, hay algunos pasos que puede seguir para evitar que su lesión o enfermedad empeore.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

1. Comuníquese con su PCP para que le asesore. Si no puede obtener una cita, pregúntele a su PCP cuál sería el próximo paso. Aún si el consultorio de su proveedor se encuentra cerrado, alguien podría responder. También es posible que pueda dejar un mensaje.
2. Si no se puede comunicar con el consultorio de su proveedor, puede **llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería y Crisis de Salud Conductual las 24 horas del día**. Las enfermeras siempre están disponibles para responder a sus preguntas. Call (855) 896-9986 (TTY: 711) cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera.
3. Diríjase a una clínica de atención sin cita previa o a uno de los centros de atención médica urgente de la red que figuran registrados en el Directorio de proveedores. Si visita un centro de cuidados de urgencia, llame siempre a su PCP después de la consulta para programar el cuidado de seguimiento.

Su elección de PCP

La relación con su PCP es importante. Cuando elija a su PCP, trate de elegir uno cerca de su hogar. Así facilitará las consultas y obtendrá el cuidado que necesita cuando lo necesite.

Puede utilizar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias para encontrar un PCP en la red de Molina Dual Options MyCare Ohio. El directorio se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaProviderDirectory.com/OH. Si necesita una copia impresa del directorio o ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede llamar a su Administrador de Cuidados para recibir ayuda.

Una vez que elija a su PCP, llámelo para acordar su primera consulta. Hable con su PCP actual sobre el envío de su historial médico a su consultorio. De esta manera, su PCP tendrá su historia clínica y estará informado sobre cualquier condición existente que usted tenga que requiera atención médica. Su PCP es ahora responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Es la primera persona a quien debe acudir cuando tenga cualquier inquietud con respecto a su salud.

Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impresos en su tarjeta de identificación del miembro. Si el nombre del PCP al que está viendo no es el mismo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro con el nombre del PCP que lo está atendiendo.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier razón. *Puede cambiar su PCP a otro PCP de la red todos los meses.* Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Si su proveedor abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

Usted puede cambiar su PCP una vez al mes. Si solicita cambiar su PCP durante los primeros 30 días en el plan, el cambio entrará en vigor inmediatamente. Si su solicitud se realiza en cualquier momento luego de los primeros 30 días, el cambio ocurrirá el primer día del próximo mes. Le recomendamos que primero consulte a su PCP para conocerlo antes de cambiar. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener más información sobre nuestros proveedores.

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Contamos con muchos proveedores especialistas para cuidar a nuestros miembros. Si hay un especialista que usted desea consultar, solicíteselo a su PCP. Usted no necesita un referido para ver a un proveedor de la red, pero su PCP puede recomendarle otros proveedores de la red.

Para algunos servicios, podría necesitar una autorización previa. Su PCP puede solicitar autorización previa por fax o a través de nuestra página web. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios necesitan autorización previa.

D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan

Un proveedor de la red que usted está utilizando podría abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados, aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y nosotros tenemos la obligación de trabajar con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red aprobado a su alcance, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para brindarle los cuidados.
- Si usted considera que no hemos remplazado a su anterior proveedor por un proveedor aprobado, o que sus cuidados no están siendo debidamente administrados, tiene derecho a presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores abandonará nuestro plan, contáctenos para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica; llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si su proveedor abandona nuestro plan, deberá cambiar a otro proveedor de la red. Tendrá un tiempo limitado para seguir consultando a su proveedor actual mientras busca uno nuevo. Esto se llama período de transición de atención médica. Si nos enteramos de que su PCP abandonará el plan, se lo haremos saber de inmediato. Le ayudaremos a cambiar a un nuevo PCP para que pueda continuar recibiendo sus servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

¿Qué sucede si necesita atención médica cubierta por nuestro plan, pero no hay ningún proveedor de la red que pueda brindarle el cuidado que usted necesita? Usted puede obtener este cuidado a través de un proveedor fuera de la red. Necesitará una autorización previa de nuestra parte para obtener servicios de un proveedor fuera de la red. Su proveedor puede solicitar esta autorización previa. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si recibe cuidado de rutina por parte de proveedores fuera de la red sin autorización previa, es probable que tenga que pagar el costo. Este costo no será pagado por Medicare, Medicaid ni por nuestro plan.

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted quizás tenga que pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

E. ¿Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?

Puede llamar a los Servicios para Miembros o a su Administrador de Cuidados para solicitar inscribirse en un servicio de exención que le pueda ofrecer Servicios y Apoyos a Largo Plazo. Los servicios de exención de MyCare Ohio están destinados a miembros mayores de 18 años que, de acuerdo con el estado de Ohio, alcanzan determinado nivel de necesidad. Estos servicios ayudan a las personas a vivir y desempeñarse de forma independiente. Si está inscrito en una exención, consulte su manual del miembro de Servicios de Exención en el Hogar y Basados en la Comunidad de MyCare Ohio para obtener más información. También está publicado en nuestro sitio web.

Si usted pasa a ser elegible para los Servicios y Apoyos a Largo Plazo, le brindaremos un manual del miembro de Servicios de Exención en el Hogar y Basados en la Comunidad de MyCare Ohio. Puede llamar a los Servicios para miembros para solicitar una copia. También está publicado en nuestro sitio web.

F. ¿Cómo obtener servicios de salud conductual?

Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su Administrador de Cuidados para preguntar acerca de los servicios de salud conductual. Su Administrador de Cuidados le puede ayudar a entender:

- Qué servicios necesita
- Cómo obtener servicios (incluidos los recursos locales)
- Qué proveedores pueden darle cuidados

Para conocer más sobre los servicios de salud conductual que están cubiertos como parte de su plan, consulte el Capítulo 4.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G. ¿Cómo obtener servicios de transporte?

G1. Cómo obtener servicios de transporte

Sus beneficios de transporte

Como miembro, usted puede obtener un beneficio de transporte adicional. Usted recibe el beneficio adicional de 30 viajes de ida cada año natural. Este beneficio le permitirá transportarse desde y hacia los lugares donde obtiene los servicios de atención médica cubiertos. Esto incluye su PCP y otros proveedores, su dentista, el hospital, la farmacia y más.

También podría utilizar su beneficio adicional de 30 viajes de ida para lo siguiente:

- Citas para renovar sus beneficios de Medicaid con su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) local
- Citas con Seguro Social Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Citas con los Servicios de Salud Mental Comunitarios
- Citas con el Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Recursos alimentarios, como la tienda de comestibles o el banco de alimentos
- Visitas a la farmacia para medicamentos u otras necesidades

Además de 30 viajes de ida, Molina Dual Options MyCare Ohio cubre viajes ilimitados para los miembros que obtienen estos servicios:

- Diálisis
- Quimioterapia.
- Radiación
- Transporte en silla de ruedas

El transporte está siempre disponible para usted si usted debe viajar más de 30 millas para recibir los servicios. Estos viajes son ilimitados, pero sólo si no hay un proveedor más cerca de su hogar.

El transporte está siempre a su disposición si recibe el alta hospitalaria. Las altas hospitalarias incluyen las altas en salas de urgencias, luego de una hospitalización y de consultas ambulatorias.

Cómo programar un viaje por teléfono

Para programar los servicios de transporte por teléfono, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) al menos 48 horas antes de la fecha de su cita. Contamos con servicio de puerta a puerta disponible bajo petición. Usted puede ser recogido en un auto, van o vehículo de transporte médico.

Cómo cancelar un viaje programado por teléfono

Si necesita cancelar el servicio de transporte que ha programado, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) para notificarnos 24 horas antes de su cita. Si no llama para cancelar 24 horas antes de la cita, el viaje podría contar como uno de 30 viajes por el año.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Gestione sus viajes con la aplicación móvil Access2Care

También puede programar y gestionar sus viajes con la aplicación móvil Access2Care.

Con la aplicación, usted puede:

- Programar o cancelar viajes
- Ver sus viajes actuales y futuros
- Guardar direcciones, como la de su casa o la consulta de su médico

Ingrese a la App Store de iPhone o a Google Play y busque "A2C" para descargarla.

Otros tipos de viajes que ofrecemos

Los pases de autobús están disponibles si puede ir y volver de la parada de autobús cercana a su domicilio y cerca de la consulta de su proveedor.

En algunos casos, puede ser reembolsado por la gasolina utilizada para conducir a una visita médica. Llame a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para ver si usted es elegible.

Más información sobre los beneficios del transporte

- Para obtener más información sobre sus beneficios de transporte, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. La tabla le explicará qué tipos de viajes están cubiertos. O puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Además de la ayuda de transporte que Molina Dual Options MyCare Ohio le brinda, usted todavía podría recibir ayuda de transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Sea de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Llame a su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado para responder a sus inquietudes o recibir asistencia acerca de los servicios NET.

H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención de urgencia o durante un desastre

H1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas tales como dolor intenso o lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:

- serio riesgo para su salud o, si está embarazada, la de su hijo nonato; ●
- Grave daño en las funciones corporales; ●
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●
- En caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
- La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias, hospital u otro entorno apropiado más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. Usted no necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP o Molina Dual Options MyCare Ohio. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada.
- Asegúrese de comentarle al proveedor que usted es un miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. Muéstrole al proveedor su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Además, si el hospital le solicita que permanezca internado, asegúrese de que Molina Dual Options MyCare Ohio sea notificado por teléfono dentro de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros lo puede encontrar en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia determinan cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido. Ellos continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para planificar si necesita cuidados de seguimiento para mejorar.

Si el proveedor que lo está tratando atiende a su emergencia, pero cree que necesita otra atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar al (855) 322-4079. Nuestro plan cubre sus cuidados de seguimiento. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para que se mejore. Esto se llama cuidado posterior a la estabilización. El cuidado está cubierto por nuestro plan. Si un proveedor fuera de la red considera que necesita cuidado de seguimiento, este debe llamar al Proveedor de Servicios (855) 322-4079 para solicitar una autorización previa.

Puede que durante su emergencia haya recibido cuidado de proveedores fuera de la red. De ser así, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud conductual es un trastorno de salud mental o abuso de sustancias que podría causar daño extremo al cuerpo u ocasionar la muerte. Algunos ejemplos de estas emergencias son intento de suicidio, daño a sí mismo o a terceros, abstinencia de sustancias, como alcohol o drogas, causarse un grado de daño funcional que la persona no pueda realizar acciones de la vida diaria, o daño funcional que puede ocasionar la muerte o daños graves al cuerpo.

Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual:

Vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 de inmediato.

- Dígale al proveedor que usted es un miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. Muéstrelle al proveedor su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio.
- Si el hospital le solicita que permanezca internado, es importante que se asegure de que Molina Dual Options MyCare Ohio sea notificado por teléfono dentro de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos.
- Si acude a la sala de emergencias, avísele a su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) lo antes posible.

Si tiene una emergencia de salud conductual y no puede encontrar a un proveedor autorizado, haga lo siguiente:

- Diríjase al hospital o centro de salud más cercano.
- Una vez terminada su emergencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número de teléfono se encuentra al dorso de su Tarjeta de identificación.
- Después de que su emergencia finalice, llame a su doctor y realice un seguimiento en un plazo de 48 horas.

Si necesita ayuda pero no se trata de una emergencia como las descritas anteriormente, puede llamar a la línea de emergencia en caso de suicidio y crisis, 988, para obtener apoyo gratuito y confidencial. Llame al 988 en cualquier momento si tiene pensamientos suicidas o experimenta desasosiego emocional.

Obtención de atención médica de emergencia sino era una emergencia

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica o de salud conductual. Usted podría acudir a recibir atención de emergencia y que el médico diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Siempre que usted crea, de forma razonable, que su salud o la salud de su niño por nacer estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, nosotros cubriremos su atención médica adicional solo si:

- recurre a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que obtenga se considera "atención médica requerida urgentemente" y usted sigue las normas para obtener esta atención médica. (Consulte la sección siguiente.)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H2. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

Los cuidados requeridos urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana y que necesite tratamiento.

Atención médica requerida urgentemente cuando está dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención médica requerida urgentemente solo en los casos siguientes:

- Usted recibe esa atención médica de un proveedor de la red; **y**
- Usted sigue las demás normas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, nosotros cubriremos los cuidados requeridos urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Usted puede recibir atención médica urgente en cualquier centro de atención médica urgente en nuestra red o en un centro MinuteClinic® de CVS Pharmacy®. Se necesita autorización previa para los centros de atención de urgencia que no pertenezcan a la red. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería al (855) 895-9986, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención médica requerida urgentemente cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, no podrá obtener el cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica requerida urgentemente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre atención médica requerida urgentemente ni ningún otro tipo de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

H3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de Molina Dual Options MyCare Ohio.

Visite nuestra página web para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre declarado: www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

I. ¿Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan?

Los proveedores deben facturarnos por proporcionarle a usted los servicios cubiertos. Usted no debe recibir una factura del proveedor por servicios cubiertos por su plan. Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto a usted en lugar de enviarla al plan, usted puede solicitarnos que paguemos la factura. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros lo antes posible para brindarnos información sobre la factura.

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle los pagos.

Si un proveedor o una farmacia quiere que usted pague por un servicio cubierto, si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por un servicio cubierto, **consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.**

I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Molina Dual Options MyCare Ohio cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios; **y**
- que se describen en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4); **y**
- que usted recibe siguiendo las normas del plan.

Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **puede que tenga que pagar el costo total por su cuenta.**

Si desea saber si pagamos por cualquier servicio médico o atención médica, tiene el derecho a preguntarnos. Usted también tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un servicio o artículo médico. También le informa cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información acerca de sus derechos de apelación.

Le pagaremos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si no tiene la PA de Molina Dual Options MyCare Ohio para sobrepasar el límite, puede que tenga que pagar el costo total para seguir recibiendo ese tipo de servicio. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites, cuán cerca está de alcanzarlos, y qué debe de hacer su proveedor para pedir exceder este límite si piensa que es médicamente necesario.

J. Cobertura de los servicios de atención médica cubiertos cuando participa en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se suelen buscar voluntarios para que participen.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueba un estudio en el que usted desea participar, y usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determina si usted puede participar en este. Usted puede estar en el estudio, siempre que cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras se encuentre en el estudio, podrá permanecer afiliado a nuestro plan. De esa manera, usted continuará recibiendo el cuidado de nuestro plan no relacionado con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita comunicárnoslo ni obtener aprobación de nuestra parte, como así tampoco de su proveedor de cuidados primarios. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio no tienen que ser proveedores de la red.

Le recomendamos que nos informe antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su Administrador de Cuidados debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos de rutina asociados con la atención. Al inscribirse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cubierta la mayoría de los elementos y servicios que recibe como parte del estudio. Estas incluyen:

- Alojamiento y comidas similar a una estadía hospitalaria que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto colateral y complicaciones de la nueva atención médica.

Pagaremos cualquier costo si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica no aprobado por Medicare, pero aprobado por nuestro plan. Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan no han aprobado, usted tendrá que pagar los costos por participar en el estudio.

J3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea "Medicare y Estudios de Investigación Clínica" en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/O2226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

K1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa de atención médica es un lugar que proporciona cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va contra sus creencias religiosas, cubriremos la atención médica en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.

Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Parte A (servicios no médicos de atención médica).

K2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir cuidado en una institución no médica religiosa de atención médica, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- Tratamiento médico "no exceptuado" hace referencia a cualquier tipo de atención médica voluntaria y no exigida por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención médica que no es voluntaria y que se requiere según la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos no religiosos de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención durante la hospitalización o atención en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en hospital como paciente internado (para más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4).



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

Algunos ejemplos de equipos médicos de uso prolongado (durable medical equipment, DME) son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el equipo médico duradero que debe alquilar. Como miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, a veces no será propietario del DME, sin importar por cuánto tiempo lo haya alquilado.

En determinadas ocasiones, usted será dueño del artículo alquilado después de que Molina Dual Options MyCare Ohio pague la cuota de alquiler por un cierto número de meses. En otras, usted no podrá ser dueño del artículo sin importar cuánto tiempo lleve alquilado.

En determinadas situaciones limitadas, le transferiremos el derecho de propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si usted será el dueño del artículo del DME o si lo alquilará. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle a entender los requisitos que debe satisfacer para poseer el artículo del DME. Su proveedor le informará cuando le transfiramos el derecho de propiedad de un artículo del DME a usted.

L2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas pueden alquilar ciertos tipos de DME antes de hacerse propietarios.

Nota: Usted puede encontrar definiciones de los Planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 11. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual Medicare y Usted 2024. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048.

Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o deberá realizar el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del artículo DME si:

- No se hizo propietario del DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de unirse al plan, **esos pagos a Original Medicare o a Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe realizar después de salir de nuestro plan.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve al plan de Medicare Original o de Medicare Advantage.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

Si usted es elegible para recibir equipos de oxígeno que cubre Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario o si usted deja nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el caso de que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a Original Medicare**, usted lo alquilará de un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses
- el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del periodo de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor deberá proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Molina Dual Options MyCare Ohio cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa acerca de beneficios no cubiertos bajo el plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.

Tabla de Contenidos

A. Sus servicios cubiertos.....	52
A1. En caso de emergencias de salud pública.....	52
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	53
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	53
D. La Tabla de Beneficios.....	55
D1. Consultas Preventivas.....	55
D2. Servicios Preventivos y Exámenes de Detección.....	56
D3. Otros servicios.....	60
E. Servicios cuando se encuentre lejos de su hogar o fuera del área de servicio.....	93
F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options MyCare Ohio.....	93
F1. Cuidados paliativos.....	93
G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, Medicare o Medicaid.....	94



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica cuáles son los servicios cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, cómo acceder a ellos y si existe algún límite sobre los mismos. También puede aprender acerca de los servicios que no están cubiertos. La información sobre beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, y la información sobre lo que pagará por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6.

Puesto que usted recibe asistencia de Medicaid, por lo general no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan. Sin embargo, podría ser responsable de pagar una "responsabilidad de paciente" por los servicios de centro de enfermería o de exención cubiertos mediante su beneficio de Medicaid. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos o cómo acceder a ellos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local o con su Administrador de Cuidados al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

A1. En caso de emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública, Molina Dual Options MyCare Ohio seguirá todas las órdenes de salud pública según lo indiquen los mandatos estatales o federales.

Tratamiento para el COVID-19

Molina Dual Options MyCare Ohio cubrirá todas las pruebas de detección, los tratamientos y las vacunas contra el COVID-19 sin copagos.

Pruebas de detección del COVID-19

Encuentre en línea centros de realización de pruebas de detección del COVID-19 en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers.

Hacerse la prueba de detección del COVID-19 no tiene ningún costo. Las pruebas de detección del COVID-19 ayudan a identificar, contener y disminuir la propagación de la enfermedad. Las pruebas están disponibles para personas con o sin síntomas.

Vacunas contra el COVID-19

Vacunarse contra el COVID-19 no tiene ningún costo. Las vacunas son seguras y eficaces, y pueden ayudar a prevenir enfermedades graves, hospitalizaciones y la muerte por COVID-19.

El Departamento de Salud de Ohio (ODH) dispone de una herramienta de búsqueda que puede utilizar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y código postal. Muestra los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra el COVID-19. Puede obtener información y los lugares de vacunación en vaccine.coronavirus.ohio.gov/ o llamando gratuitamente al ODH al 833-427-5634.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Molina Dual Options MyCare Ohio lo puede ayudar a encontrar un centro en su comunidad donde realicen pruebas de detección o administren las vacunas. También pueden ayudarle con la programación y el transporte a su cita. Utilice la información que se encuentra en la parte inferior de la página para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

El ODH proporciona actualizaciones periódicas acerca de las fases de elegibilidad de la vacunación en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program.

B . Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

Excepto como se indicó anteriormente, no permitimos que los proveedores de Molina Dual Options MyCare Ohio le facturen a usted por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es cierto, incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio cubierto.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por un servicio cubierto. Si esto sucede, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de Beneficios en la Sección D es una lista general de los servicios que cubre el plan. Enumera primero los servicios médicos preventivos y luego las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica los servicios cubiertos, cómo acceder a ellos y si hay límites o restricciones sobre los mismos. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados si no puede encontrar el servicio que busca, tiene preguntas o necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a ellos.

Nosotros cubrimos los servicios descritos en la Tabla de Beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
 - Si Molina Dual Options MyCare Ohio toma la decisión de que un servicio no es médicamente necesario para usted o no está cubierto, usted o alguien autorizado a actuar en su nombre puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 se proporciona información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Además, algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red escribe una orden o una receta médica para que usted obtenga el servicio. Si no está seguro de si un servicio requiere PA, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o consulte el sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. La única excepción es si usted tiene una responsabilidad de paciente por centro de enfermería o servicios de exención según haya sido determinado por el Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D. La Tabla de Beneficios

D1. Consultas Preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Chequeo médico anual</p> <p>Es una consulta para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Los chequeos médicos anuales se cubren una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de "Bienvenida a Medicare".</p>	
<p>Consulta de "Bienvenida a Medicare"</p> <p>Si usted ha sido miembro de Medicare Parte B durante 12 meses o menos, puede recibir una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por una sola vez. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que usted desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Esta consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y • Remisión a atención adicional si la necesita. 	
<p>Chequeo médico preventivo del niño (también conocido como HealthChek)</p> <p>Healthchek es el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (early and periodic screening, diagnostic, and treatment, EPSDT) de Ohio para todos en Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. HealthChek cubre exámenes de salud médica, mental, de la vista, dental, de audición, de nutrición y de desarrollo. También incluye inmunizaciones, educación sobre la salud y pruebas de laboratorio.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D2. Servicios Preventivos y Exámenes de Detección

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal</p> <p>El plan cubre exámenes de detección por ultrasonido de aneurisma aórtico abdominal si está en peligro.</p>	
<p>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>El plan cubre exámenes de detección de abuso de alcohol para adultos. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si su examen de detección da positivo por abuso de alcohol, puede tener sesiones de asesoramiento cara a cara con un proveedor de atención primaria o con un practicante, ambos calificados.</p>	
<p>Examen de detección del cáncer de mama</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • las mujeres menores de 35 años que presentan riesgos de desarrollar cáncer de mama pueden ser también elegibles para realizarse mamografías • exámenes clínicos anuales de mamas 	
<p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>El plan cubre consultas a su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de padecer enfermedades del corazón. Durante esta consulta, es posible que su proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hable sobre el uso de la aspirina. • Mida su presión arterial o • Le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	
<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>El plan cubre exámenes de sangre como chequeo médico para la enfermedad cardiovascular. Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	
<p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>El plan cubre para todas las mujeres pruebas anuales de Papanicolaou y exploración pélvica.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Asesoramiento e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>El plan cubre asesoramiento e intervención para dejar de fumar. El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	
<p>Examen de detección de depresión</p> <p>El plan cubre examen de detección de depresión.</p>	
<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan cubre el examen de detección de diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayunas).</p> <p>Puede que quiera hablar con su proveedor acerca de esta prueba si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, antecedentes familiares de diabetes o historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa).</p>	
<p>Examen de detección de VIH</p> <p>El plan cubre la examen de detección de VIH para personas que pidan realizarse una prueba de detección de VIH o que tengan un mayor riesgo de infección de VIH.</p>	
<p>Inmunizaciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas para menores de 21 años • vacuna contra la neumonía • vacuna contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario • vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • otras vacunas si está en riesgo, y si cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B o Medicaid • otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte D Lea el Capítulo 6 para obtener más información. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	
<p>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dieta a largo plazo y • Aumento de actividad física y • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	
<p>Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>El plan cubre asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso.</p>	
<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de tacto rectal. • Examen de un antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). 	
<p>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STIs)</p> <p>El plan cubre exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, que incluyen pero no se limitan a clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.</p> <p>El plan cubre sesiones de asesoramiento cara a cara sobre orientación conductual de intensidad elevada para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STIs. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D3. Otros servicios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Acupuntura</p> <p>El plan cubre la acupuntura para el tratamiento del dolor de cabeza, lumbalgia, dolor de cuello, artrosis de cadera o rodilla, náuseas o vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia y dolor postoperatorio agudo.</p> <p>El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene lumbalgia crónica, definida de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales de acupuntura por lumbalgia crónica si muestra una mejoría. Es posible que no reciba más de 20 sesiones de tratamiento de acupuntura por año para tratar el dolor crónico en la zona lumbar. Una vez alcanzado el límite de Medicare, los servicios para la lumbalgia crónica están cubiertos por Medicaid cuando sean médicamente necesarios, hasta 10 tratamientos adicionales.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para la lumbalgia crónica deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	<p>Se requiere autorización para más de 30 visitas de acupuntura por año de prestaciones.</p> <p>Algunos servicios de acupuntura podrían necesitar una autorización previa.</p> <p>Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de acupuntura, pídale una remisión a su médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de ambulancia y furgoneta para silla de ruedas</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y terrestre. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un centro de cuidado pongan en riesgo su salud o, si está embarazada, la vida o salud de su hijo por nacer.</p> <p>En casos que no sean emergencias, los servicios de ambulancia o furgoneta para silla de ruedas están cubiertos cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.</p> <p>Puede que los servicios de ambulancia aérea requieran autorización previa para cuidados que no sean de emergencia.</p>
<p>Servicios de salud conductual en centros de tratamiento de adicciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en los centros para el tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación ambulatoria • Evaluación • Administración de casos • Asesoramiento • Intervención de crisis • Atención ambulatoria intensiva • Análisis de detección de alcohol/drogas/análisis de orina de laboratorio • Visita al consultorio de su médico • Administración de metadona • Tratamiento de medicación asistida (MAT) para la adicción • Servicios de tratamiento en el hogar <p>Para obtener más información, consulte Servicios de salud conductual para pacientes internados y Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Algunos servicios de salud conductual necesitan autorización previa.</p> <p>Si un proveedor de la red no está disponible en su área, el proveedor que no es de la red podría necesitar autorización previa. Él o ella debe pedir autorización previa para todos los servicios inmediatamente después de la primera visita a la oficina.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de tratamiento de salud conductual en centros comunitarios de salud conductual</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros comunitarios de salud mental certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de salud mental/evaluación psiquiátrica de diagnóstico • Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) • Tratamiento Intensivo Basado en el Hogar (Intensive Home Based Treatment, IHBT) • Examen Preventivo, Intervención Breve y Remisión a Tratamiento (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT) • Pruebas Psicológicas • Servicios Terapéuticos de Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS) • Rehabilitación Psicosocial • Servicios de tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario (Community psychiatric supportive treatment, CPST) • Asesoría y terapia • Intervención de crisis • Administración farmacológica • Algunos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio • Hospitalización parcial sólo para el Trastorno por Uso de Sustancias <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento para el trastorno del uso activo de sustancias. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Para obtener más información, consulte Servicios de salud conductual para pacientes internados y Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los afiliados de entre 18 y 21 años con necesidades complejas de salud conductual pueden optar a servicios adicionales de salud conductual por medio de Ohio Resilience a través del programa Excelencia y Sistemas Integrados (Integrated Systems and Excellence, OhioRISE). Hable con el proveedor de su tratamiento para obtener más información. Para obtener más información sobre los servicios OhioRISE, póngase en contacto con los servicios para miembros de Aetna Better Health of Ohio llamando al (833) 711-0773.</p>	<p>Algunos servicios de salud conductual necesitan autorización previa.</p> <p>Si un proveedor de la red no está disponible en su área, el proveedor que no sea de la red debe obtener autorización previa. Él o ella debe pedir autorización previa para todos los servicios inmediatamente después de la primera visita a la oficina.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de diagnóstico • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación 	<p>El plan cubre hasta 15 visitas en cada periodo de 12 meses para los afiliados mayores de 21 años. Se necesita autorización previa para asistir a más de 15 consultas.</p> <p>El plan cubre hasta 30 visitas en cada periodo de 12 meses para los afiliados de 20 años de edad o menores. Se necesita autorización previa para asistir a más de 30 consultas.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan ofrece beneficios dentales integrales. El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen oral integral (uno por relación entre proveedor y paciente) • examen oral periódico una vez cada 6 meses para todos los miembros • limpieza dental una vez cada 6 meses para todos los miembros • servicios médicos preventivos, lo que incluye profilaxis, fluoruro para miembros menores de 21 años (una vez cada 180 días), selladores y separadores • radiografías de rutina/imagenología diagnóstica (rayos X) • servicios de cuidado dental integral que incluyen servicios no rutinarios de diagnósticos, restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, ortodoncia y cirugía • El servicio de radiografías dentales está cubierto dos veces al año. • Visite el sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals para obtener información adicional sobre sus beneficios dentales. • Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. 	<p>Los servicios dentales que no son de atención rutinaria necesitan autorización previa.</p> <p>Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. El número telefónico se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para diabéticos</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que padezcan de diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacitación para controlar su diabetes, en algunos casos • suministros para controlar la glucosa en sangre, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas ○ lancetas y dispositivos para lancetas ○ soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ● ○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos). <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos moldeados a la medida o zapatos de profundidad.</p>	<p>Algunos servicios podrían necesitar una autorización previa.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa para algunos medidores de glucosa y tiras reactivas. Si tiene preguntas, consulte con su farmacia o con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Los zapatos o insertos de zapatos adicionales podrían necesitar autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>Los DME cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para diabéticos • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar • Bomba de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos de asistencia para el habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores <p>Se podrían cubrir otros artículos (tales como ropa para incontinencia, productos nutricionales enterales, suministros urológicos y de ostomía, y vendajes quirúrgicos y suministros relacionados). Para los tipos de suministros adicionales que cubre el plan, consulte las secciones en servicios para diabéticos, servicios auditivos y dispositivos protésicos.</p> <p>El plan también podría cubrir el aprendizaje sobre cómo utilizar, modificar o reparar su artículo. Su Equipo de Cuidados trabajará junto a usted para decidir si estos otros artículos y servicios son apropiados para usted y estarán en su Plan de Cuidados Personalizado.</p> <p>Cubriremos todos los DME que Medicare y Medicaid suelen cubrir. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Usted puede conseguir algunos artículos de DME por menos de \$30 en farmacias de la red de Molina Dual Options MyCare Ohio sin costo alguno. Usted debe tener una receta médica. Comuníquese con su Administrador de Cuidados de Molina o con el Departamento de Servicios para Miembros para conocer más.</p>	<p>Se podría requerir autorización previa para ciertos artículos de DME. Su médico necesitará revisar la lista de artículos de DME que necesitan autorización previa antes de que usted pueda obtener el artículo. La lista se puede encontrar en el sitio web del proveedor de Molina Dual Options MyCare Ohio.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de emergencia (consulte también "atención requerida urgentemente")</p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serio riesgo para su salud o, si está embarazada, la de su hijo nonato; ● • Grave daño en las funciones corporales; ● • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ● • En caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto ○ un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o para la del niño nonato. <p>Ante una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias (emergency room, ER) más cercana u otro entorno apropiado.</p> <p>Si no está seguro si debe dirigirse a la ER, llame a su médico primario (Primary Care Physician, PCP) o a la línea gratuita de asesoría de enfermeros(as), disponible las 24 horas. Su PCP o la línea de asesoría de enfermeros(as) puede aconsejarle sobre qué debe hacer.</p> <p>El 988 es la Línea de Emergencia contra el Suicidio y las Crisis, que proporciona ayuda gratuita y confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas en crisis suicida o desasosiego emocional. Llame o envíe un mensaje de texto al número 988 o chatee en 988lifeline.org para hablar con un consejero de crisis capacitado.</p> <p>La atención de emergencia no se cubre fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto bajo ciertas circunstancias. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que se haya estabilizado su emergencia, el hospital debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local para obtener autorización previa para la atención posterior a la estabilización.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>para obtener más detalles.</p> <p>Servicios de planificación familiar</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). • Examen de detección, diagnósticos, consejería para anomalías genéticas y/o desórdenes metabólicos hereditarios • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). <p>Nota: Usted puede recibir servicios de planificación familiar por parte de uno de los proveedores calificados en planificación familiar de la red o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood) que aparece en el listado del <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>. También puede recibir servicios de planificación familiar por parte de una enfermera partera certificada, un obstetra, ginecólogo o proveedor de atención primaria de la red.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Centros de Salud Calificados a Nivel Federal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en Centros de salud calificados a nivel federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio de atención primaria y servicios de especialistas • servicios de fisioterapia • servicios de patologías del habla y audiología • servicios dentales • servicios de podología. • servicios ópticos y/o de optometría • servicios quiroprácticos • servicios de transporte • Servicios de salud mental <p>Nota: Usted puede obtener los servicios a través de Centros de Salud Calificados a Nivel Federal de la red o fuera de la red.</p>	<p>No se necesita una autorización previa para recibir la mayoría de los servicios.</p>
<p>Beneficio de Gimnasio: El Programa Silver&Fit®</p> <p>Obtendrá acceso a un programa de fitness, con opciones para satisfacer sus necesidades de ejercicio. A través del programa Silver&Fit, obtendrá acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el programa Get Started, un programa en línea que le ayudará a empezar a hacer ejercicios o a pasar al siguiente nivel de actividad física. Get Started proporciona un plan de ejercicio personalizado basado en sus intereses de fitness, incluyendo una lista de videos digitales de ejercicios. • centros de fitness de la red Silver&Fit. Si lo necesita, puede llevar a su cuidador con usted al centro de fitness. • un kit de fitness a domicilio por año natural, enviado por correo a su puerta. Entre las opciones de kit se incluyen los kits de rastreador de fitness portátil, los kits de fuerza, los kits de yoga, los kits de natación y un kit de pilates. • una biblioteca de videos de entrenamiento con más de 8,000 videos en el sitio web y la aplicación móvil • otros recursos digitales, como las clases de envejecimiento saludable, un boletín informativo y recompensas por alcanzar sus metas <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Beneficio de Gimnasio: El Programa Silver&Fit® (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de ejercicio en línea y en directo en Facebook y YouTube. El programa Silver&Fit ofrece 9 clases de ejercicio al día, 6 días a la semana. • supervisión por teléfono para un envejecimiento saludable. Obtenga ayuda con el ejercicio, la nutrición, el estrés, el bienestar emocional y mucho más. <p>Existen dos maneras de empezar a usar su beneficio Silver&Fit y son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar en SilverandFit.com. Regístrese para usar el sitio web. Después de registrarse, puede utilizar el programa Get Started para obtener su plan personal de ejercicios. Utilice el sitio web para encontrar un centro de fitness, ver vídeos de ejercicios en línea y seleccionar un kit de fitness para el hogar. • Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623 o al TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. <p>*Los servicios no estándares que requieren un pago adicional no son parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada de ASH y se utiliza con autorización en este documento. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas se encuentran sujetos a cambios.</p>	
<p>Centro de nacimiento independiente</p> <p>El plan cubre servicios de centro de nacimiento independiente en un centro de nacimiento independiente. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, para ver si hay algún centro calificado en su área.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Estos son programas que se especializan en afecciones de salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Son programas diseñados para mejorar la salud y los estilos de vida de los miembros e incluyen control del peso, estado físico y control del estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de Administración de la Salud y Educación de la Salud <ul style="list-style-type: none"> ○ Si tiene dificultad con una condición médica que necesita atención adicional, contamos con programas que se concentran en el asma, la diabetes, las enfermedades cardíacas y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). ○ Estos programas se ofrecen sin costo alguno. Incluyen materiales de aprendizaje y consejos de cuidado. • Beneficio Educativo de Dieta y Nutrición • Línea de Asesoría de Enfermeras y Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas • Tecnologías de Acceso Remoto <ul style="list-style-type: none"> ○ Vea su plan de cuidados o envíe un mensaje a su Administrador de cuidados en línea con Mi Molina. ○ Obtenga funciones de autoservicio en su teléfono con la aplicación móvil Mi Molina, disponible ahora en iOS y Android. <p>Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, para inscribirse o conocer más.</p>	<p>El plan cubre 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, entre 30 y 60 minutos cada una. Si lo desea, puede solicitar asesoramiento nutricional individual por teléfono. Se necesita autorización previa después de las primeras 12 sesiones de asesoramiento.</p>
<p>Servicios auditivos y suministros</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes auditivos y equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (cubierto como atención médica ambulatoria cuando la recibe por parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado) • audífonos, baterías y accesorios (incluyendo reparación y/o reemplazo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Los audífonos convencionales están cubiertos una vez cada 4 años. ○ Los audífonos digitales/programables están cubiertos una vez cada 5 años. 	<p>Algunos audífonos podrían necesitar autorización previa.</p> <p>Se pueden considerar dos audífonos en circunstancias especiales.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de salud para adultos durante el día • servicio de alimentos alternativos • servicios de vida asistida • asistente para cuidados a domicilio de Choices • servicios de integración a la comunidad • transición a la comunidad • servicios mejorados de vida comunitaria • asistente para cuidados a domicilio • Comidas entregadas en el domicilio. • servicios de equipo médico y dispositivos de asistencia y adaptación suplementaria a domicilio • servicios de mantenimiento del hogar y tareas domésticas • servicios de modificación del hogar • servicios de trabajo doméstico • orientación nutricional • servicios de relevo fuera del hogar • servicios de asistencia para el cuidado personal • servicios personales de respuesta a emergencias • asesoramiento de trabajador social • servicios de exención para enfermería • exención para transporte 	<p>Los servicios de exención deben ser aprobados por su Coordinador de Servicios de Exención o Administrador de Cuidados.</p> <p>Estos servicios están disponibles sólo si su necesidad de cuidado a largo plazo fue determinada por Medicaid de Ohio.</p> <p>Usted podría ser responsable por pagar una responsabilidad de paciente por los servicios de exención. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.</p> <p>Todos los servicios de exención basados en el hogar y/o la comunidad podrían necesitar autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de atención médica domiciliaria</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de asistencia médica y/o enfermería en el hogar • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • servicio privado de enfermería (también podría ser proporcionado por un proveedor independiente) • terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral • servicios médicos y sociales. • equipos y suministros médicos. 	<p>Algunos servicios de atención médica en el hogar podrían necesitar una autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina. • equipos, como una bomba; y • suministros, como un tubo o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME. • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar 	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de centros de cuidado paliativo certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté obteniendo servicios en un centro de cuidado paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. • cuidado en los centros de enfermería. <p>Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options MyCare Ohio cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén o no relacionados con su enfermedad terminal. A menos que se le requiera que pague una responsabilidad de paciente por los servicios de centro de enfermería, usted no debe pagar nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options MyCare Ohio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Con la excepción de la atención de emergencia/ urgencia, si necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Administrador de Cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Llame al (855) 895-9986 TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si quiere servicios de centro de cuidados paliativos en un centro de enfermería, se le pedirá que utilice un centro de enfermería de la red. Los cuidados paliativos en un centro de enfermería requieren autorización previa. Además, podría ser responsable de pagar una responsabilidad de paciente por servicios del centro de enfermería, luego de que se utilice el beneficio del centro de enfermería de Medicare. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud conductual para pacientes internados</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidados de psiquiatría para un paciente internado en un hospital psiquiátrico independiente privado o público, o en un hospital general <ul style="list-style-type: none"> ○ Para miembros entre 22 y 64 años de edad en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite vitalicio de 190 días • cuidados de desintoxicación para pacientes internados 	<p>El plan debe ser notificado dentro de 24 a 48 horas de la admisión.</p> <p>El plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía de hospitalización con el fin de recibir atención hospitalaria médicamente necesaria.</p> <p>El límite de por vida de 190 días para el cuidado psiquiátrico de pacientes internados es un límite de cobertura de Medicare. El cuidado de psiquiatría para un paciente internado está cubierto por Medicaid cuando es médicamente necesario una vez alcanzado el límite de cobertura de Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en hospital para pacientes internados</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería de rutina. • costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias. • medicamentos y medicinas. • pruebas de laboratorio. • radiografías y otros servicios de radiología. • suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • aparatos, tales como sillas de ruedas, para usar en el hospital • servicios de quirófano y sala de recuperación. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados. • sangre, incluyendo su conservación y administración. • servicios de médicos/proveedores. • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales tienen voluntad de aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si Molina Dual Options MyCare Ohio brinda servicios de trasplante en un lugar distante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige recibir su trasplante ahí, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y viaje para usted y un acompañante. Si se aprobó y programó un trasplante antes de usted unirse a nuestro plan, Molina Dual Options MyCare Ohio deberá cubrir el trasplante.</p>	<p>La atención en hospital para pacientes internados necesita autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted obtenga mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio. • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos); o ○ Sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>Algunos servicios de hospitalización podrían necesitar una autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos de enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o no puede atenderse con este de manera provisional • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. • Entrenamiento en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio. • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Nota: Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte "Medicamentos recetados de la parte B de Medicare" en esta tabla.</p>	
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan cubrirá tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia médica nutricional de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso.</p> <p>Los servicios de un nutricionista registrado están cubiertos cuando hay un médico supervisor.</p>	<p>La autorización previa no es necesaria cuando los servicios se brindan en el consultorio de un proveedor de la red o en un centro de diagnóstico independiente.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options MyCare Ohio cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico • insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano. • medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento • antígenos. • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario), anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit o Epoetin Alfa) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace lo(a) dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: www.MolinaHealthcare.com/MyCareRx</p> <p>También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	<p>Se necesita autorización previa.</p> <p>Es posible que la terapia escalonada sea necesaria para ciertos medicamentos.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de enfermería y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación. • sangre, incluyendo su conservación y administración. • materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería. • pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería. • radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería • equipo médico duradero, como sillas de ruedas, generalmente proporcionado por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores. <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede recibir atención en un centro de enfermería de Medicaid desde el siguiente lugar si acepta las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo el día en que se convirtió en miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. <p>Usted puede recibir atención en un centro de enfermería de Medicare en los siguientes lugares si ellos aceptan las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • un centro de enfermería donde su esposo(a) o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. 	<p>Quizás usted tenga que pagar una responsabilidad de paciente por los costos de habitación y comidas para los servicios de centros de enfermería. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services) determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que la responsabilidad de paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p>Las estadias en centros de enfermería de custodia no requieren autorización previa.</p> <p>Todos los demás servicios del centro de enfermería necesitan autorización previa.</p> <p>Llame al Departamento de Servicios para Miembros para conocer más sobre los proveedores disponibles. El número telefónico se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</p> <p>Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de ingesta. • pruebas periódicas. • medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos. • asesoramiento sobre el uso de sustancias. • terapia individual y grupal. • detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas). 	<p>Algunos servicios para el tratamiento del abuso de opioides podrían necesitar una autorización previa.</p>
<p>Cuidados de salud conductual ambulatorios</p> <p>El plan cubre los servicios de cuidados de salud conductual proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un terapeuta profesional autorizado (LPC), • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), • una enfermera especializada (NP), • un auxiliar médico (PA), ● • cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. <p>El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos y servicios generales ambulatorios de hospital • servicios Terapéuticos de Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS) • servicios de rehabilitación psicosocial 	<p>No se necesita autorización previa para la mayoría de los servicios de salud conductual ambulatorios por parte de los proveedores de la red que aparecen registrados con este beneficio.</p> <p>Si un proveedor de la red no está disponible en su área, es posible que el proveedor que no sea de la red necesite autorización previa. Él o ella debe pedir autorización previa para todos los servicios inmediatamente después de la primera visita a la oficina.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios ambulatorios</p> <p>El plan cubre los servicios que usted reciba como paciente ambulatorio para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>A continuación le presentamos ejemplos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. <ul style="list-style-type: none"> ○ los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarlo en el hospital. ○ en ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente "ambulatorio". ○ puede obtener más información sobre las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/media/11101 • el plan cubre la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros ambulatorios de hospital y en centros de cirugía ambulatoria* • quimioterapia. • pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico (por ejemplo análisis de orina) • atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado* • diagnóstico por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas)* • radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos*. • sangre, incluidas su conservación y administración*. • suministros médicos, tales como férulas y yesos* • evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de Beneficios. • algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo. 	<p>Algunos servicios necesitan una autorización previa. (*)– denota que puede requerirse autorización previa para algunos servicios.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted recibe \$60 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar de venta sin receta. Esto incluye artículos como vitaminas, crema solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado y vendas.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/Molina. • Por teléfono: llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623 (TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local). • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de artículos OTC • Por tarjeta de débito/minoristas: puede utilizar una tarjeta de débito OTC para comprar productos OTC aprobados en cualquier tienda minorista. Comuníquese con ayuda para OTC al número de teléfono gratuito (866) 420-4010 (TTY/TDD: 711) para solicitar una tarjeta de débito OTC. Se le enviará por correo su tarjeta de débito OTC, junto con las instrucciones de activación. <p>Consulte su Catálogo de Artículos OTC del 2024 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan, o bien llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC del 2024.</p>	<p>Tiene \$60 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Un trimestre, o periodo trimestral, dura 3 meses. Los periodos trimestrales para sus beneficios OTC cubiertos son:</p> <p>Enero a marzo</p> <p>Abril a junio</p> <p>Julio a septiembre</p> <p>Octubre a diciembre</p> <p>Los \$60 que obtiene cada trimestre vencen al final del período trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier monto no utilizado antes de que finalice el trimestre.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención médica o los servicios de cirugía brindados en lugares como el consultorio de un médico, en centros de cirugía ambulatoria certificados y departamentos de pacientes ambulatorios • Asesoría, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Cierta cobertura adicional de telesalud, incluidos los servicios de atención médica primaria.* Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Para buscar un proveedor que ofrezca servicios de telesalud, utilice el Directorio de Proveedores y Farmacias, visítenos en línea en MolinaHealthcare.com/Duals, o llame al Departamento de Servicios para Miembros. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud ○ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Algunos servicios necesitan una autorización previa.</p> <p>Los cuidados dentales no rutinarios necesitan autorización previa.</p> <p>Los servicios adicionales de telesalud no requieren autorización previa.</p> <p>Si ningún proveedor de la red está disponible para una segunda opinión, el plan cubrirá una segunda opinión de un proveedor que no sea de la red.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; y ○ la revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • se realiza una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; y ○ a evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • atención dental no rutinaria.* Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas; ○ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales; ○ extracción de dientes antes de los tratamientos con radiación de cáncer neoplásico; o ○ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico. <p>Las visitas médicas virtuales le proporcionan atención en casa o dondequiera que se encuentre, sin necesidad de acudir a la consulta del médico. Recibirá atención médica virtual de proveedores de la red mediante tecnología en línea y audio o vídeo en directo. Nota: No todas las enfermedades se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de podología.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones o enfermedades del pie, de los músculos y tendones de la pierna que tengan influencia sobre el pie, y lesiones superficiales de la mano distintas de aquellas asociadas con traumas • cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes. 	<p>Las visitas al consultorio para evaluación y plan de atención no requieren una autorización previa.</p> <p>Los procedimientos y las intervenciones de podología realizados en el consultorio requieren una autorización previa.</p>
<p>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. A continuación le presentamos ejemplos de los dispositivos ortopédicos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • marcapasos. • aparatos ortopédicos. • zapatos ortopédicos. • piernas y brazos artificiales. • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • dispositivos dentales <p>El plan también incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de los dispositivos ortopédicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Algunos dispositivos y suministros necesitan autorización previa.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. ○ Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud. • servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y asesoramiento para ciertas condiciones. ○ El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. • servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a muy grave. 	<p>Algunos servicios de rehabilitación necesitan autorización previa.</p>
<p>Clínicas de Salud Rurales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en Clínicas de Salud Rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio de atención primaria y servicios de especialistas • psicólogo clínico • trabajador social clínico para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad mental • servicio de visitas de enfermería en ciertas situaciones <p>Nota: Usted puede obtener servicios a través de una Clínica de Salud Rural de la red o fuera de la red.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de Servicios de Recuperación Especializados (Specialized Recovery Services, SRS)</p> <p>Si es un adulto diagnosticado con una enfermedad mental persistente y grave, y vive en la comunidad, puede que sea elegible para recibir SRS específicos para sus necesidades de recuperación. El plan cubre los siguientes tres servicios si está inscrito en el programa de SRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de Recuperación: los Administradores de Recuperación trabajarán con usted para: <ul style="list-style-type: none"> ○ desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona que refleje sus objetivos personales y los resultados deseados ○ controlar de manera regular su plan mediante reuniones regulares ○ proporcionar información y remisiones. • Colocación Personalizada y Empleo con Apoyo Asistido (Individualized Placement and Support-Supported Employment, IPS-SE) - Los servicios de empleo asistido pueden: <ul style="list-style-type: none"> ○ ayudarle a encontrar un trabajo si le interesa trabajar ○ evaluar sus intereses, destrezas y experiencias en la medida en que se relacionen con sus objetivos laborales ○ proporcionar apoyo continuo para ayudarlo a mantener el trabajo. • Asistencia de Recuperación entre Pares: <ul style="list-style-type: none"> ○ las personas a cargo de la asistencia de recuperación entre pares utilizan sus propias experiencias sobre trastornos de consumo de sustancias y salud mental para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de recuperación; y ○ los objetivos se incluyen en un plan de cuidado diseñado de acuerdo a sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y los promotores. <p>La relación de par puede ayudarlo a concentrarse en estrategias y progresar respecto a la autodeterminación, autodefensa, bienestar e independencia.</p>	<p>Si está interesado en SRS, lo pondremos en contacto con un administrador de recuperación quien comenzará la evaluación de elegibilidad mediante la observación de puntos como su diagnóstico y su necesidad de asistencia con actividades tales como citas médicas, interacciones sociales y destrezas para la vida diaria.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)*</p> <p>El plan paga por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. El plan pagará por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET. • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET deberá ser realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico. • por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Transporte para servicios que no sean de emergencia (consulte también "Servicios de ambulancia y furgoneta para sillas de ruedas")</p> <p>30 viajes de ida adicionales: un beneficio adicional solo para los miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio.</p> <p>Usted recibe un beneficio de transporte adicional. Usted recibe 30 viajes de ida adicionales por cada año calendario. Estos viajes le permitirán transportarse desde y hacia los lugares donde obtiene los servicios de atención médica cubiertos. Esto incluye viajes que no sean de emergencia al médico, dentista, hospital, farmacia, consultas para renovación de Medicaid y mucho más.</p> <p>También podría utilizar su beneficio adicional de 30 viajes de ida para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas con Seguro Social Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) • Citas con los Servicios de Salud Mental Comunitarios • Citas con el Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) • Recursos alimentarios, como la tienda de comestibles o el banco de alimentos • Visitas a la farmacia para medicamentos u otras necesidades <p>Además de los 30 viajes de ida, los viajes siempre están cubiertos para miembros que reciben estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis • Quimioterapia. • Radiación • Transporte en silla de ruedas. <p>Siempre puede recibir este servicio si debe viajar más de 30 millas para recibir los servicios médicos cubiertos. Estos viajes son ilimitados, pero sólo si no hay un proveedor más cerca de su hogar.</p> <p>Siempre puede obtener transporte si recibe el alta hospitalaria. Las altas hospitalarias incluyen las altas en salas de urgencias, luego de una hospitalización y de consultas ambulatorias.</p> <p>Para programar los servicios de transporte, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) al menos 2 días laborales antes de su cita. Si necesita cancelar el servicio de transporte que ha programado, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) para notificarnos. Infórmenos al respecto 24 horas antes de su cita. Si no llama para cancelar 24 horas antes de la cita, el viaje podría contar como uno de 30 viajes por el año.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Es posible que algunos servicios de transporte requieran la aprobación del plan de salud.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Transporte para servicios que no sean de emergencia (continuación)</p> <p>También puede programar y administrar los servicios de transporte con la aplicación móvil Access2Care. Ingrese a la App Store de iPhone o a Google Play y busque "A2C" para descargarla.</p> <p>Obtenga más información sobre sus beneficios de transporte en el Capítulo 3 de este libro.</p> <p>Nota: Además de la ayuda de transporte que Molina Dual Options MyCare Ohio le brinda, usted todavía podría recibir ayuda de transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Sea de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Llame a su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado para responder a sus inquietudes o recibir asistencia acerca de los servicios NET.</p>	
<p>Beneficio de Comida de Transición</p> <p>Este programa está diseñado únicamente para mantenerlo saludable y fuerte mientras se está recuperando después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada. También puede utilizar este beneficio si debe permanecer en casa durante un periodo de tiempo debido a una afección médica o posible afección médica. Si califica, su Administrador de Cuidados del plan lo inscribirá en el programa.</p> <p>También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su condición crónica.</p> <p>El beneficio inicial proporciona 14 días de comidas, lo que incluye 2 comidas al día. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales que incluyen 2 comidas al día. El importe máximo del beneficio es de 28 días (4 semanas) de comidas al año, hasta un total de 56 comidas.</p>	<p><i>Se necesita un Formulario de Autorización de Servicio.</i></p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención médica requerida urgentemente</p> <p>Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • Una afección que requiere atención inmediata. <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica. Para conseguir un centro de atención médica urgente cerca de usted, consulte nuestro directorio de proveedores en línea con opción de búsqueda en www.MolinaHealthcare.com/Duals.</p> <p>No se cubre fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto bajo ciertas circunstancias. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más detalles.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Cuidado para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubre los siguientes servicios: • un examen integral de la vista y un par de anteojos (lentes y monturas de anteojos), un par de lentes, una montura o un par de lentes de contacto: <ul style="list-style-type: none"> ○ cada 12 meses para miembros entre las edades de 18 y 20 años y mayores de 60 años; o ○ cada 24 meses para los miembros de 21 a 59 años de edad • entrenamiento de la vista • servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos que incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad ○ un examen preventivo de glaucoma cada año para los miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, miembros con antecedentes familiares de glaucoma, miembros con diabetes, afroamericanos que son mayores de 50 años e hispanoamericanos que son mayores de 65 años ○ un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía). El plan también cubrirá lentes correctivos y monturas. El plan cubrirá reemplazos, si los necesita, después de una extracción de cataratas sin un implante de lente. ○ El plan también ofrece una amplia selección de monturas a escoger sin costo alguno para usted. 	<p>IMPORTANTE: Si elige recibir servicios de cuidado de la vista o materiales de cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos bajo este plan, el proveedor participante de cuidados de la vista le puede cobrar su tarifa normal por tales servicios o materiales. Antes de suministrarle los servicios de cuidado de la vista o los materiales de cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos, el proveedor de cuidados de la vista le proporcionará el costo estimado por cada servicio o material a su solicitud. El proveedor de cuidados de la vista sólo le puede facturar si usted acepta pagar por el servicio y firma una declaración escrita antes de recibir el servicio. Si usted recibe una factura de un proveedor al cual no aceptó pagar, llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

E . Servicios cuando se encuentre lejos de su hogar o fuera del área de servicio

Si usted se ausenta de su hogar o se encuentra fuera del área de servicio (consulte el Capítulo 1) y necesita atención médica en una emergencia, diríjase al departamento de emergencias más cercano. Tiene derecho a acudir a cualquier centro que brinde servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted piensa que es tan grave que debe ser tratado de inmediato por un doctor. La atención de emergencia no está cubierta fuera de los EE.UU.

F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options MyCare Ohio

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, pero están disponibles a través de Medicare. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para conocer qué servicios no están cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, pero están disponibles a través de Medicare.

F1. Cuidados paliativos

Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidado paliativo certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Molina Dual Options MyCare Ohio mientras usted recibe los servicios de cuidado paliativo.

Para los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El centro proveedor de cuidado paliativo facturará por sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidado paliativo relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:

- El proveedor le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no deberá pagar nada por estos servicios.

Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options MyCare Ohio:

- los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita un cuidado distinto al cuidado paliativo, debe llamar a su Administrador de Cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options MyCare Ohio, Medicare o Medicaid

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ningún concepto y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar en este Manual para los Miembros), a excepción de las condiciones específicas indicadas. Incluso, aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no cubrirá los servicios. Si usted cree que nosotros debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Servicios considerados como no justificados ni necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Cuidado de custodia en hospital para pacientes internados.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción del seno después de una mastectomía y para el tratamiento de la otra mama para que coincidan.

- Atención quiropráctica, que no sean radiografías diagnósticas y manipulación manual (ajustes) de la espina dorsal para corregir la alineación según las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Atención podológica de rutina, excepto por la cobertura limitada provista según las pautas de Medicare y Medicaid.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o legalmente incapaz de autorizar el procedimiento.
- Para revertir intervenciones de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Pruebas de paternidad.
- Abortos, excepto en caso de violación sexual o incesto denunciado, o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA)
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta para usted y que usted obtiene de una farmacia o por pedido de correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.

Molina Dual Options MyCare Ohio también cubre los siguientes medicamentos, a pesar de que no se discutirán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que usted siga las instrucciones en esta sección.

1. Debe solicitarle al médico u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su *proveedor* de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor.
2. La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
4. Su medicamento recetado debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. La llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar.
 - Si no está en la Lista de Medicamentos, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinadas referencias médicas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Tabla de Contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas.....	98
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica.....	98
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica.....	98
A3. Qué hacer si desea cambiar su receta médica a una farmacia diferente de la red.....	98
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red.....	98
A5. Cómo usar una farmacia especializada.....	98
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos.....	99
A7. Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos.....	100
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan.....	100
B. Lista de Medicamentos (Formulario) del plan.....	101
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos.....	101
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos.....	102
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos.....	102
B4. Categorías de la Lista de medicamentos.....	103
C. Límites para algunos medicamentos.....	103
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	105
D1. Obtener un suministro temporal.....	105
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	107
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	109
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan.....	109
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo.....	109
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	109
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	110
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura.....	110
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos.....	110
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura.....	111



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas médicas solo si se surten en farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una droguería que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su *Administrador de Cuidados*.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, muestre su tarjeta de identificación del miembro en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos recetados cubiertos.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si necesita ayuda para que le surtan una receta médica, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día, o con su *Administrador de Cuidados*.

A3. Qué hacer si desea cambiar su receta médica a una farmacia diferente de la red

Si cambia de farmacia y necesita una renovación de una receta médica, puede *pedir que un proveedor le haga una nueva receta* o pida a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia si le quedan reposiciones.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su *Administrador de Cuidados*.

A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su *Administrador de Cuidados*.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, necesitará adquirir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
- Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su *Administrador de Cuidados*.

A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, para una condición médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de envío por correo en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con **NM** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 30 días y no mayor de 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 14 días. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local si su pedido por correo se retrasa.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas médicas que recibe de usted, para las nuevas recetas médicas que recibe desde el consultorio de su proveedor y para la renovación de las recetas médicas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

La farmacia, automáticamente, surtirá y enviará las nuevas recetas médicas que reciba de usted.

2. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe directamente desde el consultorio de su proveedor

Una vez que la farmacia recibe la receta de un proveedor de atención médica, lo contacta a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en otro momento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le enviará el medicamento correcto (incluyendo concentración, suma y forma) y, de ser necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que sea enviado.
- Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

3. Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo

Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

- La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesite más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos pactados si tiene una cantidad suficiente de su medicamento o si este ha cambiado.
- Si elige no utilizar nuestro programa de renovación automática, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se venza su receta médica actual para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, contáctenos al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

De este modo, la farmacia puede contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo. Asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. La farmacia se pondrá en contacto por teléfono al número que usted haya provisto. Es importante asegurarse de que su farmacia tiene la información de contacto más actual.

A7. Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El Directorio de proveedores y farmacias le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Consulte la anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan.

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde usted puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

Nosotros pagaremos por las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente
- Si estas recetas médicas están relacionadas con el cuidado en caso de una emergencia médica.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para una cantidad menor.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

Si utiliza una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total cuando obtenga la receta médica.

Si no pudo usar una farmacia de la red y tuvo que pagar por la receta médica, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de Medicamentos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan, siempre que usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y sin receta cubiertos en virtud de sus beneficios de Medicaid.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biosimilares. Un medicamento de marca registrada es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca registrada que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a "medicamentos", podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca registrada y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan, siempre que usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **101**

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma se encuentra en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en www.MolinaHealthcare.com/Duals. La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.Caremark.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

Consulte a su Administrador de Cuidados para averiguar si un medicamento se encuentra en la Lista de Medicamentos del plan.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la lista de medicamentos, debido a que la ley no permite al plan cubrir esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Molina Dual Options MyCare Ohio no pagará por los medicamentos enumerados en esta sección. Se les llama medicamentos excluidos. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, usted debe pagarlo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B tienen cobertura gratuita de Dual Options MyCare Ohio, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico puede recetarle algún medicamento para tratar su condición, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar la condición. Esto se llama uso fuera de lo indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



También, por ley, los tipos de medicamentos indicados abajo no están cubiertos por Medicare o Medicaid.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Categorías de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de tres (3) categorías. una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre).

- Los medicamentos de la categoría 1 son medicamentos genéricos. Por los medicamentos de la categoría 1, usted no paga nada.
- Los medicamentos de categoría 2 son los medicamentos de marca. Por los medicamentos de la categoría 2, usted no paga nada.
- Los medicamentos de la categoría 3 son medicamentos recetados o medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) no cubiertos por Medicare. Por los medicamentos de la categoría 3, usted no paga nada.

Para conocer en qué categoría se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

El Capítulo 6 le indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada categoría.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, en el plan se espera que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si existe una restricción especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no se debería aplicar a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no permitir que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Autorización previa (PA): se debe cumplir con ciertos criterios antes de que un medicamento sea cubierto. Por ejemplo, diagnósticos, valores de laboratorio o tratamientos previos probados y fallidos.

Terapia escalonada (ST): se deben utilizar medicamentos genéricos antes de que se cubran otros medicamentos más caros. Por ejemplo, ciertos nombres comerciales de medicamentos solo serán cubiertos si primero se ha probado con la alternativa genérica.

Límite de cantidad (QL): ciertos medicamentos tienen un máximo de cantidad que será cubierto. Por ejemplo, ciertos medicamentos aprobados por la FDA para ser tomados una vez al día pueden tener un límite de cantidad de 30 unidades por 30 días.

B vs. D: Algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando está disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable

Por lo general, un medicamento "genérico" o biosimilar intercambiable posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca o producto biológico original, pero, generalmente, su costo es inferior. Si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original si existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor indica que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma afección, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca.

2. Obtención de aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de Molina Dual Options MyCare Ohio antes de surtir su receta médica. Si no recibe la aprobación, Molina Dual Options MyCare Ohio no podrá cubrir el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, el plan desea que usted adquiera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y los costos del medicamento A son menores que los del medicamento B, el plan puede exigirle que intente usar primero el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia progresiva.

4. Límites de cantidades

Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir. Esto se conoce como límite de cantidad. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica.

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien, pero algunas veces un medicamento podría no estar cubierto de la forma que desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que usted desea tomar no la tiene. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el médico que le receta tal vez quieran solicitarnos una excepción a la regla.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no está cubierto en la forma en que a usted le gustaría que lo estuviera.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento está incluido en la lista de medicamentos, o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo a usted para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro provisional de un medicamento, usted debe cumplir con las dos siguientes reglas:

1. El medicamento que haya estado tomando:
 - ya no esté en la Lista de Medicamentos, o
 - nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan, o
 - Ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su **medicamento durante los primeros 90 días del año natural.**
 - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
 - Si le extendieron su receta médica por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones hasta proveerle medicamentos por un plazo máximo de 31 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - Es nuevo en el plan.
 - Cubrimos un suministro provisional del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 105



- Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
- Si le extendieron su receta médica por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones hasta proveerle medicamentos por un plazo máximo de 31 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 31 días o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta es para menos días, si usted es un nuevo residente de un centro de cuidados a largo plazo. Los miembros deben solicitar una excepción al formulario durante este periodo. Se pueden hacer excepciones cuando se produzca un cambio en su nivel de cuidados que también requiera que se traslade de un centro de tratamiento a otro. En estos casos, usted podría obtener una excepción de surtido temporal, por una sola vez. Esto es solo para medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y no se aplica a los medicamentos cubiertos por Medicaid. Los medicamentos deben adquirirse en una farmacia de la red.
 - Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le haya terminado su suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.
Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que sea adecuado para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

○

Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no se encuentre en la Lista de Medicamentos. O puede solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, podrán ayudarle a pedirla.

Si un medicamento que usted está tomando va a ser quitado de la Lista de medicamentos o va a estar limitado de alguna manera durante el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente.
- Responderemos su solicitud de excepción dentro de las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo del recetador).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 106



Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1º de enero, pero Molina Dual Options MyCare Ohio puede agregar o retirar medicamentos en la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si exigir o no la autorización previa (PA) o aprobación para algún medicamento. (La PA es el permiso de Molina Dual Options MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límites de cantidades).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia progresiva con respecto a un medicamento. (Terapia progresiva significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C antes en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al principio del año, generalmente no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento durante el resto del año, a menos que:

- surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que sea tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en la Lista de Medicamentos actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- Un medicamento sea retirado del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando la Lista de medicamentos cambia, siempre puede:

- Consultar en línea la Lista de Medicamentos actualizada de Molina Dual Options MyCare Ohio en www.MolinaHealthcare.com/Duals o
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de Medicamentos actual al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Algunos cambios a la Lista de Medicamentos serán inmediatos. Por ejemplo:

- **Hay disponible un nuevo medicamento genérico o biosimilar intercambiable.**
A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que se encuentra en la Lista de Medicamentos ahora. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca o el producto biológico original y añadir el nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero su coste por el nuevo medicamento o un biosimilar intercambiable seguirá siendo el mismo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
 - Usted puede solicitar una "excepción" a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma.

Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de Medicamentos o
 - Cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan:

- Le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la Lista de Medicamentos o
- Le avisaremos y le daremos la cantidad de medicamentos para 31 días después de que pida una renovación.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Este le podrá ayudar a decidir:

- Si hay algún otro medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar o
- Si pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Es posible que realicemos cambios que afecten a los medicamentos que usted toma en este momento.

Sin embargo, si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto al principio del año, por lo general, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento durante el resto del año.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted utiliza o limitamos su uso, el cambio no lo afectará por el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan

Si usted es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una permanencia cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Usted no tendrá que pagar un copago. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo una residencia para ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para verificar si la farmacia del centro de atención a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento.

- Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe obtener una notificación, bien del médico que se lo recetó o del proveedor de su centro de cuidados paliativos, de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termina el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe brindar la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos. Consulte las partes anteriores de este capítulo para obtener más información sobre las normas a fin de obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información acerca del beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 109

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que a usted se le surte una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento que produce el mismo efecto
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo
- podrían tener ingredientes a los que usted sea, o podría ser, alérgico
- tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides

Si encontramos un posible problema en la utilización que usted hace de los medicamentos recetados, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos

Si toma medicamentos para distintas enfermedades y/o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier duda que tenga, como los costos y reacciones a los medicamentos.
- Cómo tomar mejor sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga acerca de su receta médica y medicamento de venta libre

Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué hacer para obtener el mejor uso de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita preventiva anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Los Programas de Administración de la Terapia con Medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecue a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados.

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Molina Dual Options MyCare Ohio cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos con opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una determinada farmacia y/o **de un médico específico**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si creemos que deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que pensamos que deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante para nosotros. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responderla, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que está en riesgo por consumo inadecuado de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el recetador pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicar a usted si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis,
- recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid

Introducción

Este capítulo trata sobre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por "medicamentos", nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Debido a que es elegible para Medicaid, obtiene "Ayuda Adicional (Extra Help)" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de Ayuda Extra (Extra Help) también se lo conoce como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos recetados, puede consultar en estos lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - Nosotros la llamamos "Lista de medicamentos". Le indica:
 - Qué medicamentos paga el plan.
 - En cuál de las tres (3) categorías se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals. La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *manual del miembro*.
 - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio del plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Usted puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Tabla de Contenidos

A. La Descripción de Beneficios (EOB).....	114
B. ¿Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos?	114
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	115
C1. Las categorías del plan.....	115
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	115
C3. Lo que paga usted	116
D. Vacunas	117
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	117

A. La Descripción de Beneficios (EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su propio bolsillo**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas.
- Los **costos totales por medicamentos**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas más el monto que el plan paga.

Cuando usted obtiene sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un resumen llamado *Descripción de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió el mes anterior. Detalla el total por costos de los medicamentos, cuánto pagó el plan, lo que usted pagó, y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del "Año hasta la fecha"**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1° de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su recetador para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de Medicamentos.

B. ¿Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos?

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realice, y que Medicare paga por usted, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que le surtan una receta médica. Esto nos ayudará a saber qué recetas médicas surte, lo que usted paga, y qué paga Medicare por usted.

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Debe proporcionarnos copias de sus recibos cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar por la receta médica, consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

3. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando obtenga la Descripción de Beneficios por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Molina Dual Options MyCare Ohio, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Las categorías del plan

Las categorías son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos están en tres (3) categorías. Usted no tiene copagos por los medicamentos recetados y OTC de la Lista de Medicamentos de Molina Dual Options MyCare Ohio. Para encontrar la categoría de sus medicamentos, puede consultar la lista de medicamentos.

- Los medicamentos de la categoría 1 son medicamentos genéricos. Por los medicamentos de la categoría 1, usted no paga nada.
- Los medicamentos de categoría 2 son los medicamentos de marca. Por los medicamentos de la categoría 2, usted no paga nada.
- Los medicamentos de la categoría 3 son medicamentos recetados o medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) no cubiertos por Medicare. Por los medicamentos de la categoría 3, usted no paga nada.

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el Directorio de Proveedores y Farmacias.

C3. Lo que paga usted

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo del plan Suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos de venta libre sin receta (OCT)/ medicamentos recetados que no son de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre cuáles farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el Directorio de proveedores y farmacias del plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan, o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de la **vacuna en sí misma**. Las vacunas se consideran medicamentos recetados.
1. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle a usted la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

Vacunas contra el COVID-19

Vacunarse contra la COVID-19 no tiene ningún costo. Las vacunas son seguras y eficaces, y pueden ayudar a prevenir enfermedades graves, hospitalizaciones y la muerte por COVID-19. Para obtener más información sobre la vacuna contra el COVID-19, consulte el Capítulo 4.

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicios para Miembros cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar junto con Molina Dual Options MyCare Ohio para asegurarse de que no tenga ningún costo inicial para una vacuna de la Parte D.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para que paguemos. También le informa sobre cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.

Tabla de Contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	119
B. Cómo evitar problemas de pago	121

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 119.

- Si usted no ha pagado la factura, nosotros le pagaremos directamente al proveedor si los servicios o medicamentos son cubiertos y si usted siguió todas las reglas del manual del miembro.
- Si usted ya pagó, los servicios y medicamentos están cubiertos, y si siguió todas las reglas del manual del miembro, tiene derecho a que se le reembolse su dinero.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe lo que debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, enumeramos unos ejemplos de cuándo usted puede solicitar que nuestro plan lo ayude con un pago que usted realizó o una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado médico de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Siempre debe decirle al proveedor que usted es un miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio y solicitarle al proveedor que envíe la factura al plan.

- Si usted paga el monto total que cuando recibe la atención, puede pedirnos que le reembolsemos la totalidad del pago. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó por el servicio, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle su dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarle los servicios cubiertos al plan. Muestre su tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene le dan alguna factura.**

- Debido a que Molina Dual Options MyCare Ohio paga todo el costo de sus servicios, usted no es responsable por pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando obtenga una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Trabajaremos con el proveedor para reembolsarle la suma del pago para sus servicios cubiertos.

3. Cuando usted surte una receta médica en una farmacia fuera de la red en una situación de emergencia

- Cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones de emergencia.

El medicamento recetado debe estar relacionado con la atención de urgencia necesaria o con la atención de una emergencia médica.

La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un periodo menor.

Molina Dual Options MyCare Ohio le reembolsará los cargos por cobertura de los gastos en medicamentos Parte D incurridos en farmacias o proveedores fuera de la red cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Viaja fuera de su área de servicio de la Parte D de su plan; se le acaban o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D, o se enferma y necesita un medicamento Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Tiene que surtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna, y ese medicamento no se encuentra regularmente en el inventario de farmacias accesibles al por menor de la red o por correo.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro de su área de servicio. Por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dentro de una distancia de conducción razonable.
- Recibe medicamentos cubiertos de la Parte D suministrados por una farmacia basada en una institución fuera de la red cuando es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica de proveedor, de cirugía ambulatoria u otro tipo de paciente ambulatorio.
- Usted ha sido evacuado o desplazado de otra manera de su hogar debido a una declaración de desastre estatal o federal, u otra declaración de emergencia de salud pública, y no se puede esperar razonablemente que usted consiga los medicamentos de la Parte D en una farmacia de la red.
- Recibe una vacuna que es médicamente necesaria, pero no está cubierta por Medicare Parte B. La vacuna es suministrada y administrada de forma adecuada en el consultorio del médico.
- Molina Dual Options MyCare Ohio también puede aplicar políticas fuera de la red para ayudarle a obtener medicamentos cubiertos de la Parte D en otras situaciones no mencionadas aquí, si no puede obtener sus medicamentos de la Parte D como lo haría normalmente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Antes de obtener los medicamentos cubiertos de la Parte D a través de una farmacia fuera de la red, es su responsabilidad comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda surtir la receta médica.
- A menos que se dispense como suministro de transición o de emergencia, usted o su recetador deben comprobar que nuestro plan dio autorización previa si se aplican controles de gestión de utilización al medicamento. Si nuestro plan no dio autorización previa para que usted recibiera el medicamento, no se le reembolsará el importe del mismo.

Siempre puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local o con su Administrador de Cuidados al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si le piden que pague por los servicios, recibe una factura o tiene alguna pregunta. Puede usar el formulario en la página 189 o pedirle al Departamento de Servicios para Miembros que le envíe un formulario si desea enviarnos la información sobre la factura. También puede presentar la información a través de nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

B. Cómo evitar problemas de pago

1. Siempre pregúntele a su proveedor si el servicio está cubierto por Molina Dual Options MyCare Ohio.

Excepto en una situación de emergencia o urgencia, no acepte pagar por un servicio a menos que le haya solicitado a Molina Dual Options MyCare Ohio una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9), haya recibido una decisión final de que el servicio no está cubierto y haya decidido que aún desea recibir el servicio, incluso si el plan no lo cubre.

2. Obtenga la aprobación del plan antes de visitar a un proveedor fuera de la red.

- Las excepciones a esta regla son:
 - si necesita servicios de emergencia o de atención urgente fuera de la red, o
 - si recibe servicios en Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers), Clínicas de Salud Rurales (Rural Health Clinics), y de parte de proveedores calificados para planificación familiar que figuran registrados en el Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Si usted recibe cuidados de un proveedor fuera de la red, pídale al proveedor que envíe la factura a Molina Dual Options MyCare Ohio.
 - Si el proveedor fuera de la red es aprobado por Molina Dual Options MyCare Ohio, usted no tendrá que pagar nada.
 - Si el proveedor fuera de la red no factura a Molina Dual Options MyCare Ohio y usted paga por el servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros tan pronto como sea posible para hacérselo saber.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Recuerde que, en la mayoría de los casos, usted debe recibir la aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite atención médica urgente o de emergencia, esté en su período de transición o que el proveedor no requiera de autorización previa como se indicó anteriormente, no podremos pagar por los servicios que usted reciba por parte de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas acerca de su periodo de transición de atención médica, si necesita una aprobación para acudir a determinado proveedor o si necesita ayuda a fin de encontrar un proveedor de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

3. Siga las reglas del manual del miembro cuando vaya a obtener servicios.

Consulte el Capítulo 3 para conocer las reglas sobre cómo obtener su atención médica, salud conductual y otros servicios. Consulte el Capítulo 5 para conocer las reglas sobre cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

4. Utilice el Directorio de Proveedores y Farmacias para encontrar los proveedor de la red.

Si no tiene un Directorio de Proveedores y Farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una copia o visítenos en línea en www.MolinaHealthcare.com/Duals para acceder a la información más actualizada.

5. Siempre lleve con usted su Tarjeta de Identificación de Miembro y muéstresela a su proveedor o farmacia cuando reciba cuidado.

Si olvida su tarjeta de identificación del miembro, solicítele al proveedor que ingrese a www.MolinaHealthcare.com/Duals utilice el Portal de Proveedores o llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de verificar su elegibilidad. Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará avisos legales que se aplican a su membresía en Molina Dual Options MyCare Ohio y a 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.

Tabla de Contenidos

A. Avisos legales.....	125
A1. Avisos sobre las leyes.....	125
A2. Aviso de no discriminación.....	125
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	125
B. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	126
C. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos.....	128
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	130
D1. Cómo protegemos su PHI.....	130
D2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	131
E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	133
F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	134
G. Su derecho a recibir su cobertura de Medicare y la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio.....	134
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	134
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	134

H2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	135
H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	139
I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	140
I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.....	140
J. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	141
J1. Programa de recuperación de costos a través del patrimonio.....	143

A. Avisos legales

A1. Avisos sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este Manual del Miembro. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid y leyes estatales sobre el programa Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

A2. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No le discriminamos ni le tratamos de forma diferente por su edad, reclamos previos, color, origen étnico, ascendencia, prueba de asegurabilidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, información genética, situación geográfica dentro de la zona de servicio, estado militar, estado de salud, necesidad de servicios médicos, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles.

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Illinois 60601

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Indemnización al Trabajador tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario.

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

Debemos garantizar que todos los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. Cada año que permanezca en nuestro plan, también debemos informarle acerca de sus beneficios y derechos de una manera que pueda entender. Le informaremos sobre cualquier cambio al plan. También le informaremos sobre cualquier cambio en sus beneficios y servicios cubiertos.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para Miembros.
- Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
 - Puede solicitar que le enviemos siempre la información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud individual. Realizaremos un seguimiento de su solicitud individual para que no tenga que realizar solicitudes separadas cada vez que le enviamos información.
 - Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el estado al (800) 324-8680, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. y sábados de 8 a. m. a 5 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma preferido. Para obtener este documento en un formato alterno, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarle a crear o modificar una solicitud independiente. También puede comunicarse con su Administrador de Cuidados para obtener ayuda con solicitudes permanentes.

Si desea solicitar sus materiales de nuevo miembro en otro idioma o formato, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Sus materiales para nuevos miembros incluyen:

- Manual del miembro
- Resumen de Beneficios
- Aviso Anual de Cambios
- Lista de Medicamentos Cubiertos
- Directorio de Proveedores y Farmacias
- Carta de Bienvenida

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- También puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am. a 8:00 pm, y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Office of Civil Rights al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Usted tiene derecho a recibir información de una manera que cumpla con sus necesidades

Cada año que usted está en nuestro plan, nosotros debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender. Le informaremos si se realizan cambios al plan. También le informaremos acerca de cambios a sus beneficios y servicios cubiertos.

- Para obtener información de una manera que pueda entenderla, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. 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.
 - Para hacer una solicitud continua de materiales en un lenguaje diferente al inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si desea recibir sus materiales de bienvenida en español, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Le podemos enviar los siguientes materiales en español:

- Manual del miembro
- Resumen de beneficios
- Aviso anual de cambios
- Lista de Medicamentos Cubiertos
- Directorio de Proveedores y Farmacias, y Carta de Bienvenida

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 comunicarse a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

La siguiente tabla le muestra cuánto tiempo puede tardar en recibir cuidado, de acuerdo con el tipo de cuidado que usted necesita.

Tipo de Cuidado Necesario	Cuánto Tiempo Usted Puede Tardar en Recibir Cuidado
<p>Cuidados de emergencia (afecciones potencialmente mortales)</p> <p>Estos son servicios para tratar problemas médicos que usted considera tan grave que deben ser tratados inmediatamente por un médico.</p>	<p>Debe recibir atención de emergencia de inmediato. Llame al 911 o acuda al departamento de emergencias más cercano.</p>
<p>Clínica de atención médica urgente, Atención fuera del horario laboral</p> <p>y Atención que no es de emergencia</p> <p>Cuidados que usted recibe por problemas de salud que no pueden esperar hasta su próxima consulta al Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP). Este cuidado es para problemas de salud que no son una amenaza para su vida.</p>	<p>En un centro de atención médica urgente, debe recibir atención lo antes posible.</p> <p>Para la atención médica fuera del horario regular, debe tener acceso al servicio de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Para la atención que no sea de emergencia de su PCP, debe recibir atención antes de que finalice el siguiente día laboral.</p> <p>Para la atención que no sea de emergencia de un especialista o un oncólogo, debe recibir atención en un plazo de 24 horas.</p>
<p>Atención Médica Rutinaria</p>	<p>Debe recibir atención dentro de 6 semanas.</p>
<p>Servicios OB/ GYN (Atención reproductiva para mujeres)</p>	<p>Si está embarazada o cree que podría estar embarazada, debe tener su primera consulta dentro de las 2 semanas.</p> <p>Deberá recibir atención rutinaria por embarazo dentro de las 6 semanas.</p>
<p>Cuidados por parte de un Especialista (alto volumen)</p>	<p>Usted debe recibir cuidados por parte de un especialista dentro de 8 semanas.</p>
<p>Atención oncológica (cáncer) (alto volumen)</p>	<p>Deberá recibir atención rutinaria oncológica dentro de las 6 semanas.</p>

? **Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **128**

Tipo de Cuidado Necesario	Cuánto Tiempo Usted Puede Tardar en Recibir Cuidado
Servicios de Tratamiento para el Trastorno por el Uso de Sustancias y la Salud Mental	<p>En el caso de una emergencia que no amenace la vida, debe recibir atención dentro de las 6 horas. Debe recibir atención médica urgente dentro de las 48 horas.</p> <p>Debe recibir atención médica rutinaria dentro de los 10 días laborales.</p> <p>Debe recibir atención médica de rutina de seguimiento dentro de un plazo de 30 días laborables.</p>

Si tiene dificultades para obtener atención dentro del plazo estándar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar otro proveedor. Si los proveedores de nuestra red están demasiado lejos o no le pueden brindar la atención que usted necesite, podemos ayudarle a encontrar un proveedor fuera de la red para que le brinde atención.

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene el derecho de obtener todos los servicios que Molina Dual Options MyCare Ohio debe ofrecer, y de elegir al proveedor que le brinda atención siempre que sea posible y apropiado.
- Usted tiene el derecho de estar seguro de que terceros no lo oirán ni lo verán cuando reciba atención médica.
- Usted tiene derecho a acceder a una red adecuada de proveedores de atención primaria y especializada. Esto significa que la cantidad y calidad de médicos en nuestra red debe ser aceptable. Deberíamos contar con una variedad de proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de acceso físico, de comunicación y de programación de citas. Estos proveedores también deben ser supervisados en cuanto a calidad clínica y deben cumplir con los requisitos de información.
- Usted 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. 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 acudir a un ginecólogo de la red para recibir servicios médicos para la mujer cubiertos sin obtener una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo de tiempo razonable.
 - 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. Véase la tabla en la sección C. En dicha tabla, se indica la cantidad de tiempo razonable que puede esperar para recibir atención, según el tipo de atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Usted tiene derecho a obtener servicios o cuidados de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (PA).
- Usted tiene derecho a que se le notifique con la debida antelación, por escrito, de cualquier traslado a otro centro de tratamiento y el motivo del mismo.
- Usted tiene derecho a no ser el sujeto de ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia, o represalia. Una restricción es cualquier método utilizado para que usted no pueda moverse libremente. La reclusión es que le mantengan solo, sin su consentimiento, en una zona de la que no puede salir libremente. Los proveedores no pueden utilizar la restricción o la reclusión como forma de conseguir que usted haga algo, para castigarle o para facilitarles el trabajo.
- 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 consultar 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.

D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

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.
- Usted tiene el derecho a que se le garantice que la información relacionada con sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos e historial clínico y social sea manejada confidencialmente.
- Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que informa sobre estos derechos. El aviso se llama "Aviso sobre Prácticas de Privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

D1. Cómo protegemos su PHI

Usted tiene derecho a ser informado sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien a quien usted haya autorizado legalmente para tener esta información o para la persona que usted haya designado para ser contactado en caso de emergencia cuando no sea lo más conveniente dársela a usted por su salud.

Nos aseguramos de que las personas sin autorización no encuentren 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.
- Estamos obligados a dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales.

D2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle una cuota para hacer una copia de sus historias médicas si estas historias no son para ser transferidas a un nuevo proveedor.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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
- 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 normas 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 normas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- 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 Aviso de Prácticas 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 envía por correo a los nuevos miembros cuando se inscriben a nuestro plan. Se encuentra en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las normas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

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

Como miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, usted tiene el 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) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluyendo, pero no limitándose a:
 - 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 primaria (primary care providers, PCP). Puede cambiar su PCP a otro PCP de la red todos los meses. Debemos enviarle algo por escrito que diga quién es su nuevo PCP y la fecha en la que se hizo efectivo el cambio.
 - 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 nuestra sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.
 - Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6), y sobre las normas que usted debe seguir, que incluye 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 se encuentra cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye pedirnos 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 MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, 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.

G. Su derecho a recibir su cobertura de Medicare y la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar un cambio

- Usted tiene derecho a recibir sus servicios de atención médica de Medicare 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 unirse a un Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta nuevo.
- Usted debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio.

Si desea realizar un cambio, puede comunicarse con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.

H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

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:

- **Conocer sus opciones** y que le orienten acerca de todos los tipos de tratamientos proporcionados de una manera que sea la apropiada para su condición y capacidad de entendimiento.
- **Conocer los riesgos** y que le orienten acerca de cualquier riesgo involucrado.
 - 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** con una consulta a otro proveedor aprobado de la red antes de decidir sobre el tratamiento.
 - Si un proveedor de la red aprobado no puede atenderlo, nosotros coordinaremos una consulta con un proveedor fuera de la red sin costo alguno para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **134**



- **Diga "no"** y rechace cualquier tratamiento o terapia.
 - Esto incluye el derecho a:
 - retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo.
 - dejar de tomar un medicamento.
 - Si usted rechaza el tratamiento, la terapia o no acepta tomar un medicamento, el médico o Molina Dual Options MyCare Ohio debe hablar con usted sobre lo que podría pasar y deben dejar una notificación en su historia clínica.
 - Si usted rechaza el tratamiento o deje 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 por qué un proveedor le negó el cuidado** y obtenga una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado el cuidado que usted cree que debía 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.
- **Conozca los roles específicos de los estudiantes practicantes** y rechace el tratamiento por parte de un estudiante.

H2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

Usted Tiene Derecho a:

Usar directivas anticipadas para exponer sus deseos sobre su atención médica

Con frecuencia las personas se preocupan por la atención médica que recibirían si se enfermaran demasiado para dar a conocer sus deseos.

Es probable que algunas personas no quieran pasar meses o años conectadas a un equipo de soporte vital. Otros querrán tomar todos los pasos necesarios para alargar sus vidas.

Usted puede exponer sus deseos de atención médica por escrito mientras cuente con una buena salud y sea capaz de elegir. Su centro de atención médica debe explicarle su derecho a dar a conocer sus deseos relacionados con la atención médica. También debe preguntarle si ha expuesto sus deseos por escrito.

Este documento explica sus derechos bajo la ley de Ohio para aceptar o rechazar atención médica. Además, explica cómo puede exponer sus deseos relacionados con la atención médica que desearía recibir si usted no pudiera elegir por su cuenta. Este documento no contiene consejos legales, pero lo ayudará a comprender sus derechos estipulados por ley.

- **¿Cuáles son mis derechos para elegir mi atención médica?**

Tiene el derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea recibir cierto tipo de atención médica, tiene el derecho de informárselo a su médico.

- **¿Y si estoy muy enfermo para decidir? ¿Y si no puedo dar a conocer mis deseos?**

La mayoría de las personas pueden expresar sus deseos a los médicos en cuanto a la atención médica que desean recibir. Pero otras se enferman demasiado como para decirles a sus médicos el tipo de cuidado que desean recibir. Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario mientras sea capaz de decidir por su cuenta. El formulario le indica a los médicos qué quiere que se haga, en caso de no poder dar a conocer sus deseos.

- **¿Qué tipos de formularios existen?**

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o directivas anticipadas, que puede utilizar: un testamento vital, una orden de no reanimación (DNR), un poder notarial para atención médica (también conocido como poder notarial duradero para atención médica) y una declaración para tratamiento de salud mental. Usted llena una directiva anticipada mientras sea capaz de actuar por cuenta propia. La directiva anticipada le permite a su médico y otros conocer sus deseos sobre la atención médica.

- **¿Debo completar una directiva anticipada antes de recibir atención médica?**

No. Nadie puede obligarlo a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.

- **¿Quién puede completar una directiva anticipada?**

Toda persona de 18 años en adelante, que esté en pleno uso de sus facultades mentales y pueda tomar sus propias decisiones, puede completar una directiva anticipada.

- **¿Necesito un abogado?**

No, no necesita un abogado para completar una directiva anticipada.

- **¿Las personas que me brindan atención médica están obligadas a cumplir mis deseos?**

Sí, si sus deseos cumplen con las leyes estatales. Sin embargo, una persona que le brinda atención médica podría no ser capaz de cumplir sus deseos porque van en contra de sus principios. De ser así, le ayudarán a encontrar a otra persona que cumpla sus deseos.

- **Testamento Vital**

Un Testamento Vital establece cuánto usted desea utilizar los métodos de soporte vital para alargar su vida. Tiene efecto solo cuando usted:

esté en coma y no se espere que despierte;

- ○ -

esté fuera del alcance de la ayuda médica, sin esperanzas de mejorar y no pueda dar a conocer sus deseos;

- ○ -

se espera que muera y no vaya a ser capaz de dar a conocer sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben hacer lo que usted indique en su Testamento Vital. Un Testamento Vital les da derecho a cumplir sus deseos.

Solo usted puede cambiar o cancelar su Testamento Vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Orden de No Resucitar**

Una orden de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) es una orden escrita por un médico o, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera certificada o un(a) especialista en enfermería clínica, que le indica a los proveedores de atención médica que no realicen la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR). En Ohio, hay dos tipos de órdenes de DNR: (1) DNR de cuidados paliativos y (2) DNR de cuidados paliativos – paro. Debe hablar con su médico sobre las opciones de DNR.

- **Poder Notarial de Atención Médica**

Un poder notarial de atención médica es diferente a otros tipos de poderes notariales. Este documento se refiere únicamente al poder notarial de atención médica, no a otros tipos de poderes notariales.

El poder notarial de atención médica le permite elegir a la persona que cumplirá sus deseos de atención médica. Esta persona actúa en su nombre en caso que no pueda actuar por sí mismo. Puede ser por un largo período de tiempo o por un corto período de tiempo.

- **¿A quién debo elegir?**

Puede elegir a cualquier pariente o amigo adulto en quien usted confíe para que lo represente cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta. Asegúrese de hablar con la persona sobre qué es lo que desea. Luego, escriba qué atención médica desea o no desea. También debe hablar sobre lo que usted desea con su médico. La persona que usted elija debe respetar sus deseos.

- **¿Cuándo entra en vigencia mi Poder Notarial de Atención Médica?**

El formulario solamente entra en vigencia cuando usted no puede elegir su atención por cuenta propia. El formulario le permite a su pariente o amigo interrumpir el soporte vital solo bajo las siguientes circunstancias:

- si está en estado de coma y es muy probable que no despierte;

- - ○ -

- si se espera que usted muera.

- **Declaración para Tratamiento de Salud Mental**

Una declaración para tratamiento de salud mental brinda atención más específica a la atención de salud mental. Le permite nombrar, mientras aún está facultado, a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos relacionados con el tratamiento.

Por ejemplo, usted puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamientos, y las preferencias relacionadas con la admisión/reclusión en un centro.

- **¿Cuál es la diferencia entre el Poder Notarial de Atención Médica y el Testamento Vital?**

El testamento vital explica por escrito sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital en caso que no pueda dar a conocer sus deseos. El poder notarial de atención médica le permite elegir a alguien que cumpla sus deseos de atención médica cuando ya usted no pueda decidir por sí mismo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Si tengo un Poder Notarial de Atención Médica, ¿también necesito un Testimonio Vital?**

Quizás quiera ambos. Cada uno trata distintas partes de su atención médica.

- **¿Puedo cambiar mis directivas anticipadas?**

Si, puede cambiar sus directivas anticipadas cuando lo desee. Es buena idea repasar sus directivas anticipadas de vez en cuando para asegurarse de que todavía expresan sus deseos y que cubren todas las áreas.

- **Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo?**

La ley de Ohio autoriza a un familiar a elegir su atención médica si se espera que muera y no pueda actuar por sí mismo.

- **¿Dónde consigo los formularios de directiva anticipada?**

Muchos de los lugares y las personas que le brindan atención médica tienen formularios de directivas anticipadas. También es posible que obtenga estos formularios en el sitio web de Midwest Care Alliance en:

www.midwestcarealliance.org

- **¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?**

Debe entregar copias a su médico y al centro de atención médica para incluirlas en su historia clínica. Proporcione una copia a un familiar o amigo de confianza. Si ha elegido a alguien para el poder notarial para atención médica, entréguele a esa persona una copia. Guarde una copia junto con sus documentos personales. Es probable que quiera entregar una copia a su abogado o persona del clero. Asegúrese de informar a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No solo guarde estos formularios; procure no olvidarse de ellos.

- **Donación de Órganos y Tejidos**

Los habitantes de Ohio pueden elegir si les gustaría donar sus órganos y tejidos a otras personas en caso de morir. Dando a conocer sus preferencias, garantizan que sus deseos se realizarán de inmediato y que sus familias y seres queridos no sufrirán la carga de tomar esta decisión en un momento que ya es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, el hueso, los ligamentos, las venas y los ojos.

Hay dos formas de registrarse para convertirse en un donante de órganos y tejidos:

(1) Puede indicar sus deseos de donar órganos o tejidos cuando obtenga o renueve su licencia de conducir de Ohio o la tarjeta de identificación estatal.

- O -

(2) Puede registrarse en línea para la donación de órganos a través del sitio web del Registro de Donantes de Ohio en: www.donatelifeoio.org



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 138

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 un testamento vital y un poder notarial para atención médica.

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 Medicaid también pueden tener formularios de directivas anticipadas. Los formularios también están disponibles ahora en la siguiente página web: www.proseniors.org/advance-directives/.
- **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, **conservé una copia de dicho documento para el 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.

H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en la misma, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health), llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a HCComplaints@odh.ohio.gov.

I. 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. También le enviaremos un aviso cuando pueda hacer una apelación directamente a la Oficina de Audiencias Estatales dentro del Departamento de Empleo y Servicios de Familia de Ohio.

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 a los Miembros.

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

Usted tiene la libertad de ejercer todos sus derechos sabiendo que Molina Dual Options MyCare Ohio, nuestra red de proveedores, Medicare, y el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias en su contra.

También tiene derecho a recomendar cambios en la política de derechos y responsabilidades de Molina Dual Options MyCare Ohio.

Si considera que ha sido tratado injustamente y que no se trata de discriminación debido a los motivos indicados en la Sección A2 de este capítulo o desea obtener más información sobre sus derechos, recibirá ayuda si llama a:

- Departamento de Servicios para Miembros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para recomendar cambios en la política de derechos y responsabilidades.
- Puede comunicarse con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- 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. (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.)
- Puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio en la Oficina del Mediador de Atención a Largo Plazo del Estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte el Capítulo 2 para más información acerca de esta organización.

J. 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, vea 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. Revise sus medicamentos durante las visitas al consultorio para mantener la lista actualizada.
 - Tome los medicamentos recetados por su médico.
 - 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.
 - Llame a su médico con 24 horas de anticipación en caso de que vaya a llegar tarde o de no poder atender a su cita.
 - Llame a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores a una consulta en el departamento de emergencias o a una estadía inesperada en el hospital.
 - Si está ingresado en un hospital, programe una visita al consultorio con su médico. Programe la visita en los 30 días siguientes al alta del hospital. Si le dan un resumen del alta cuando salga del hospital, llévelo a su visita al consultorio.
- **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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicaid paga por las primas Parte A y Parte B de casi todos los miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio. Si paga por la prima Parte A o Parte B y cree que Medicaid debería haber pagado, puede comunicarse con su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado y pedir asistencia.
 - Los miembros que viven en residencias para ancianos u otros entornos de atención a largo plazo podrían ser responsables de pagar una porción de sus costos de atención médica.
- **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 Molina Dual Options MyCare Ohio. 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 periodo 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 sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Medicaid.
 - **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. Consulte la tabla en la Sección K del Capítulo 1 para obtener más información. También debe notificar a su Trabajador de Casos del Condado en el Departamento de Empleos y Servicios de Familia.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.
 - Informe a Molina Healthcare si desea cambiar de PCP. Molina Healthcare se asegurará que el PCP que usted elija esté dentro de nuestra red y que acepte a pacientes nuevos.
 - Notifique a Molina Healthcare y a su Trabajador de Casos del Condado si cambia su nombre, dirección o número telefónico. Avísenos si hubo algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad para Medicaid.
 - Haga preguntas si no comprende sus beneficios.
 - Denuncie cualquier fraude o delito ante Molina Healthcare o ante las autoridades pertinentes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 142



J1. Programa de recuperación de costos a través del patrimonio

Si usted está institucionalizado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, el Programa de recuperación de costos a través del patrimonio puede recuperar de su patrimonio los pagos por el costo de su atención pagados por Medicaid de Ohio. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que Medicaid de Ohio paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago es mayor que el costo de los servicios que usted recibió. La recuperación de costos a través del patrimonio se produce después de su fallecimiento.

Puede contactar a la Unidad de Recuperación de Costos a través del patrimonio de Medicaid de la Oficina del Fiscal General por correo o por teléfono en:

Medicaid Estate Recovery Unit
30 E. Broad Street, 14th Floor
Columbus, Ohio 43215
614-779-0105

También se puede comunicar con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 para obtener más información.

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos para solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. Sin embargo, a veces usted podría toparse con un problema para obtener servicios, o puede que esté insatisfecho con cómo los servicios fueron provistos o cómo usted fue tratado. Este capítulo le explica las diferentes opciones que tiene para lidiar con problemas y quejas sobre nuestro plan, nuestros proveedores en el plan, obtener servicios y el pago de los mismos. **También puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para ayudarle a resolver su problema.**

Si desea obtener recursos adicionales sobre cómo abordar su preocupación y las formas de contactarlos, consulte el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.

Tabla de Contenidos

A . Qué hacer si tiene algún problema.....	147
A1. Información acerca de los términos legales.....	147
B. A dónde llamar para pedir ayuda.....	147
B1. Dónde obtener más información y ayuda.....	147
C . Problemas relacionados con sus beneficios.....	149
C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas.....	149
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	150
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura.....	150
D2. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará.....	150
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	152
E1. Cuándo usar esta sección.....	152
E2. Solicitar una decisión de cobertura.....	153
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	156
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	160
E5. Problemas de pago.....	164
F. Medicamentos de la Parte D.....	166
F1. Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un pago por un medicamento de la Parte D.....	166
F2. Qué es una excepción.....	167
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones.....	168
F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción.....	169
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	171
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	173

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital.....	174
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare.....	175
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	175
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	178
G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación.....	178
H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) de Medicare terminan demasiado pronto.....	180
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura.....	181
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención médica.....	181
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención médica.....	183
H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1.....	184
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	185
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare.....	185
I2. Próximos pasos a seguir para artículos y servicios de Medicaid.....	186
J. Cómo presentar una queja.....	186
J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas.....	186
J2. Quejas internas.....	188
J3. Quejas externas.....	189

A . Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

A1. Información acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las normas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- "Presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo"
- "Decisión de cobertura" y no "determinación de la organización," "determinación de beneficios," "determinación de riesgos" o "determinación de cobertura"
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada"

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso. Usted puede contactar a cualquiera de los siguientes recursos para obtener ayuda.

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio

El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle con cualquier problema o queja sobre su atención médica, medicamentos, y servicios y soportes a largo plazo. Queremos ayudarlo en problemas tales como: entender cuáles servicios están cubiertos; cómo obtener servicios; encontrar a un proveedor; tener que pagar por un servicio; solicitar una decisión o apelación de cobertura; o presentar una queja. Para comunicarse con nosotros, usted puede:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- Visite nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals para enviar una pregunta, queja o apelación.
- Completar el formulario de queja/apelación en la página 189 de este capítulo o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y pedirnos que se le envíe el formulario por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Escribírnos una carta que nos hable acerca de su pregunta, problema, queja o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que se encuentra en el frente de su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, y su dirección y número telefónico. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su problema.

Envíe la carta o el formulario por correo a:
Molina Dual Options MyCare Ohio
Attn: Grievance and Appeals
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977
FAX: 562-499-0610

Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, siempre puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid de Ohio. La línea directa puede responder sus preguntas y dirigirlo con el personal que lo ayudará a comprender qué hacer respecto a su problema. La línea directa no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar la página web del Departamento de Medicaid de Ohio en www.medicaid.ohio.gov.

Cómo recibir ayuda del Mediador de MyCare Ohio

También puede obtener ayuda del Mediador de MyCare Ohio. El Mediador de MyCare Ohio es un programa de mediador que lo ayudará a resolver problemas que usted pueda tener con nuestro plan. Lo pueden ayudar a presentar una apelación o una queja con nuestro plan. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de mediación.

El Mediador de MyCare Ohio es un defensor independiente y no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede presentar una queja en línea en: aging.ohio.gov/contact. Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1 877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Obtener ayuda de otros recursos

También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedirles ayuda.

- Puede hablar con su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que ha solicitado el servicio puede presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre.
 - Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre por una apelación sobre servicios cubiertos solo por Medicaid o para una Audiencia Estatal de Medicaid, debe nombrarlo a él o ella por escrito como su representante.
- Puede hablar con un amigo o familiar. Un amigo o familiar pueden solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja en su nombre si usted lo nombra como su "representante."
 - Si usted desea que alguien sea su representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pídale el Formulario para "Nombramiento del Representante". También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Puede hablar con un abogado. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Si desea información sobre ayuda legal gratuita, puede comunicarse con su oficina de asistencia legal local o llamar al Departamento de Asistencia Legal de Ohio (Ohio Legal Aid) al número de teléfono gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante. Tenga en cuenta que, **usted no necesita un abogado** para solicitar una decisión de cobertura ni para solicitar una apelación o queja.

C . Problemas relacionados con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye cuestiones sobre si determinados cuidados médicos -artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B- están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los cuidados médicos).	
Sí.	No.
Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.	Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.
Consulte la Sección D: Decisiones de cobertura y apelaciones en la página 150.	Avance a la Sección J: Cómo presentar una queja en la página 186.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago).

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no es médicamente necesario, no es un beneficio cubierto, o ya no lo cubre Medicare ni Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones y apelaciones de cobertura?

Si necesita ayuda, puede contactar a cualquiera de los recursos enumerados en la Sección B1 en la página 147.

D2. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. Usted solo necesita leer la sección que aplica a su problema:

- La Sección E en la página 152 le brinda información si usted tiene problemas en obtener artículos o atención médica, servicios dentales o para la vista, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo y medicamentos recetados (pero no medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección E para problemas con medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la Lista de Medicamentos Cubiertos, también conocida como la Lista de Medicamentos, marcados con un (*), no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 166 para ver apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **150**



- Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que usted creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos a nosotros que paguemos por los servicios para que se le pueda reembolsar su pago.
- A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Consulte las Secciones G y H en las páginas 174 y 180.
- En ocasiones puede desestimarse una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien realiza la solicitud por usted, pero no proporcionó pruebas de que usted lo autorizó, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si denegamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo y al forma en que se puede solicitar una revisión de la destitución. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- La Sección F en la página 166 le ofrece información si tiene problemas relacionados a los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa (PA).
 - No aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos por un medicamento recetado que usted ya compró para que le reembolsemos su pago. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos.)
- En la Sección G en la página 174 se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada en un hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la Sección H en la página 180, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711).

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que usted debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus artículos o su atención médica, servicios dentales o servicios para la vista, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que no están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con un (*) no están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.
Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.
2. Usted desea que cubramos un beneficio que requiere la aprobación del plan (también llamada autorización previa [prior authorization, PA]) antes de que reciba el servicio.
Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.
NOTA: Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener una lista general de los servicios cubiertos, así como información acerca de cuáles son los servicios que requieren una PA de nuestro plan. Consulte la Lista de Medicamentos para saber si alguno de los medicamentos requiere una PA. También puede encontrar las listas de servicios y medicamentos que requieren una PA en el siguiente enlace www.MolinaHealthcare.com/Duals.
3. No aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.
Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
4. No pudimos aprobar su solicitud para obtener servicios de exención de un proveedor dirigido al participante o que no pertenece a una agencia de una red específica.
Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Consulte la Sección E3 en la página 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
5. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
6. Usted recibió y pagó por los servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y desea que trabajemos con el proveedor para reembolsarle su pago.
Lo que puede hacer: Puede pedirnos que trabajemos con el proveedor para que le reembolsen su pago. Consulte la página 165 de esta sección para obtener información sobre cómo solicitar el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio o artículo, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o detener el servicio o artículo. Consulte la Sección E3 en la página 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si le informamos que esos servicios o artículos aprobados previamente serán reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que reciba todos los servicios o artículos que fueron aprobados, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios y artículos durante la apelación. Consulte ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1? en la página 160.

NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones G o H en las páginas 174 y 180 para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos establecidos que deberíamos tener.

Lo que puede hacer: Puede presentar una queja o una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una queja, consulte la Sección J en la página 186. Para obtener información acerca de cómo presentar una Apelación de Nivel 1, consulte la Sección E3 en la página 156.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711).

9. No pudimos tomar una decisión de apelación dentro de los plazos establecidos que deberíamos tener.

Lo que puede hacer: Puede presentar una queja. Para obtener información acerca de cómo presentar una queja, consulte la Sección J en la página 186. Además, si su problema es acerca de una cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia Estatal. Para obtener información acerca de cómo solicitar una Audiencia Estatal, consulte la Sección E4 en la página 160. Tenga en cuenta que si su problema es sobre cobertura para un servicio o artículo de Medicare, derivaremos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no le damos una respuesta dentro del plazo requerido.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711).

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicaid (consulte la Sección F para medicamentos de Medicare Parte D)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante autorizado o a su médico que nos soliciten una decisión.

- también puede llamarnos al: (855) 665-4623 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- usted puede enviarnos un fax al:
 - Fax de pacientes internados: (844) 834-2152
 - Para Atención médica a domicilio y servicios de Habitación y comidas en Centros de cuidado paliativo T2046 únicamente: (877) 708-2116
 - Fax de pacientes ambulatorios: (844) 251-1451

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Puede escribirnos a: Molina Dual Options MyCare Ohio, Attention: Utilization Management, P.O. Box 349020, Columbus, OH 43234-9020

Recuerde, debe completar el Formulario para Nombramiento del Representante para designar a alguien como su representante autorizado. *También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.* Para obtener más información, consulte la Sección B1 en la página 147.

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido su solicitud.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre otros servicios dentro de los 10 días naturales posteriores a su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 10 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo, o nosotros podríamos necesitar más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Si aprobamos su solicitud, le notificaremos sobre nuestra decisión dentro de 24 horas para medicamentos recetados de Medicaid y de la Parte B de Medicare, y dentro de 48 horas para todos los demás servicios y artículos.

El término legal de "decisión de cobertura rápida" es "determinación acelerada".

A excepción de las decisiones de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo o puede que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- También puede llamarnos al: (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted puede enviarnos un fax al:
 - Fax de pacientes internados: (844) 834-2152

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Para Atención médica a domicilio y servicios de Habitación y comidas en Centros de cuidado paliativo T2046 únicamente: (877) 708-2116
- Fax de pacientes ambulatorios: (844) 251-1451

Si desea obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.

- También puede decirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.

A continuación, se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por artículos y servicios médicos que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de servicios o artículos médicos que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si los plazos estándar le pueden causar serios daños a su salud o lastimar su capacidad de funcionar**. Los plazos estándar son de 72 horas para medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare, y de 10 días naturales para todos los demás servicios y artículos.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También aplicaremos los plazos estándar (72 horas para medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte B de Medicare) para tomar nuestra decisión.
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta donde explicamos las razones de nuestra negativa.

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.



- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted, su representante autorizado, o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. También puede apelar nuestro incumplimiento de tomar una decisión de cobertura dentro de los plazos que deberíamos tener. Le enviaremos un aviso por escrito cada vez que tomemos una medida o no tomemos una medida que usted pueda apelar.

NOTA: Si desea que su doctor u otro proveedor actúe en su nombre en una apelación sobre servicios cubiertos solo por Medicaid, debe designarlo por escrito como su representante. Consulte ¿Puede alguien más hacer la apelación por mí? en la página 157 para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711). El Mediador de MyCare Ohio no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de su cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o escríbanos a la siguiente dirección:

Molina Dual Options MyCare Ohio

Atención: Grievance and Appeals

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801-9977.

Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su apelación está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 156

- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o utilizar el formulario para apelaciones/quejas en la página 189. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que se encuentra en el frente de su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio, y su dirección y número telefónico. También debe incluir cualquier información que ayude a explicar su problema.
- Si desea obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación "estándar" o una "apelación rápida".

El término legal de "decisión de cobertura rápida" es "determinación acelerada".

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden realizar la apelación por usted. Además, otra persona puede hacer la apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario para Nombramiento del Representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de destituir su apelación.

Si desea obtener un Formulario para Nombrar un Representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o bien visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.

Si la apelación es presentada por alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debemos recibir su autorización por escrito antes de que podamos revisar la apelación. Para los servicios cubiertos por Medicaid solamente, si quiere que su médico u otro proveedor o alguien más actúe en su nombre, debemos obtener su autorización por escrito.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de 60 días naturales** a partir de la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su apelación está en proceso. Consulte ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1? en la página 160 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Sí. Para solicitar una copia gratuita, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplíamos todas las normas al momento de **rechazar** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación "estándar"?

Debemos responderle dentro de 15 días calendario tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explica el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su apelación es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 15 días calendario (o en los siguientes 7 días calendario a partir de que recibimos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o al final de los días adicionales (si tuvimos que utilizar ese tiempo), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o elemento de Medicare (consulte la Sección E4 en la página 160). Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la Sección E4 en la página 160).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **158**



También puede presentar una queja si no recibe una decisión sobre la apelación de nuestra parte dentro de los plazos requeridos (consulte la Sección J en la página 186).

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio dentro de 15 días naturales tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días naturales después de recibir su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 160). Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicaid, en la carta se le recordará que también puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la Sección E4 en la página 160).

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación "rápida"?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras haber reunido toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si tardamos unos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si tuvimos que tomarlos), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema corresponde a la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la Sección E4 en la página 160). Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la Sección E4 en la página 160).

También puede presentar una queja si no recibe una decisión sobre la apelación de nuestra parte dentro de los plazos requeridos (consulte la Sección J en la página 186).

Si la respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores tras haber recibido su apelación.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión

Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 160). Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicaid, en la carta se le recordará que también puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la Sección E4 en la página 160).

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Sí, si cumple con ciertos requisitos. Si previamente *aprobamos la cobertura para un servicio*, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que termine el período de autorización, le enviaremos un aviso con al menos 15 días de anticipación a tomar la acción. Usted, su representante autorizado o su médico u *otro proveedor* deben **solicitar una apelación antes de que venza lo siguiente** para continuar el servicio durante la apelación:

- Dentro de los 15 días naturales a partir de la fecha de envío por correo de nuestra notificación de acción; o
- de la fecha de vigencia prevista de la acción.

Si sus beneficios se continúan, puede seguir recibiendo el servicio antes de que ocurra uno de los siguientes: (1) usted retira la apelación; o (2) pasan 15 días naturales después de que le notificamos que **Denegamos** su apelación.

NOTA: A veces sus beneficios pueden continuar aunque **Deneguemos** su apelación.

Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted solicita una Audiencia Estatal, usted podría continuar con sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el servicio *está cubierto* tanto por Medicare y Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la Sección E4 en la página 160.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo está cubierto principalmente por Medicare y/o Medicaid.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicaid**, la carta le recordará que también puede solicitar una Audiencia Estatal. Consulte la página 161 de esta sección para obtener información sobre las Audiencias Estatales.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar principalmente cubierto por **Medicare y Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. La carta le dirá que usted también podría pedir una Audiencia Estatal. Consulte la página 161 de esta sección para obtener información sobre las Audiencias Estatales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 160



¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación con respecto a un servicio o artículo. La Apelación de Nivel 2 es revisada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?

Si **Denegamos** su Apelación en el Nivel 1 y el servicio o artículo está cubierto generalmente por Medicaid, usted puede pedir una Audiencia Estatal.

¿Qué es una Audiencia Estatal?

Una Audiencia Estatal es una reunión entre usted o su representante autorizado, nuestro plan y un empleado de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales dentro del Departamento de Empleos y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). Usted explicará por qué piensa que nuestro plan no ha tomado una decisión acertada y nosotros le explicaremos por qué hemos tomado nuestra decisión. El empleado de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene razón a base de la información dada y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito de su derecho a solicitar una Audiencia Estatal. Si está en un servicio de Exención de MyCare Ohio, quizás tenga otros derechos de Audiencia Estatal. Refiérase a su manual del miembro de los Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad para obtener más información sobre sus derechos.

¿Cómo solicito una Audiencia Estatal?

Para pedir una Audiencia Estatal, usted o su representante autorizado deben contactar a la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días naturales** de la fecha en que le enviamos el aviso de su derecho a una Audiencia Estatal. Los 120 días naturales comienzan el día después de la fecha de envío por correo del aviso. Si usted no cumple con el plazo de los 120 días naturales y tiene una buena justificación para no haberlo cumplido, la Oficina de Audiencias Estatales podría darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde, usted debe solicitar una Apelación de Nivel 1 antes de solicitar una Audiencia Estatal.

NOTA: Si quiere que alguien actúe en su nombre, incluso su médico u otro proveedor, debe darle a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito diciéndole que desea que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de Audiencia Estatal a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario o presentar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de Audiencia Estatal?

Las decisiones de Audiencia Estatales por lo general son dadas, a más tardar, 70 días naturales después de que la Oficina de Audiencias Estatales recibe su solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales acuerda que este plazo puede ser perjudicial para su salud o dañar su capacidad de funcionamiento, la decisión será dada tan pronto como sea necesario pero no después de 3 días laborables luego de que la Oficina de Audiencias Estatales recibe su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Mi problema se refiere a un servicio o artículo que tiene cobertura de Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación de nivel 2?

Si Denegamos su Apelación de Nivel 1 y, por lo general, el servicio o artículo tiene cobertura de Medicare, usted obtendrá de forma automática una Apelación de Nivel 2 por parte de la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). La Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1, y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de la IRE?

- La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta norma aplica si usted envió su apelación antes de obtener artículos o servicios médicos.
 - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si tuvo una "Apelación Rápida" en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.
 - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Medicaid, automáticamente le enviaremos una Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Estatal. Para solicitar una Audiencia Estatal, siga las instrucciones de esta sección en la 161.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio que había sido autorizado previamente, usted puede solicitar que continúen sus beneficios durante las Apelaciones de nivel 2, en algunos casos.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente por **Medicaid solamente**, usted puede pedir que continúen sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **pedir una Audiencia Estatal, antes de ocurra lo siguiente**, para continuar el servicio durante la Audiencia Estatal:
 - Dentro de 15 días naturales a partir de la fecha de envío de nuestra carta diciéndole que denegamos su apelación de Nivel 1; o
 - de la fecha de vigencia prevista de la acción.
- Si su problema se relaciona con un servicio que es cubierto principalmente por **Medicare solamente**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).
- Si su problema es acerca de un servicio cubierto por **Medicare y Medicaid**, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2 con la IRE. Si usted también solicita una Audiencia Estatal, puede continuar con sus beneficios mientras la audiencia está pendiente a si usted presenta su solicitud dentro de los plazos mencionados anteriormente.

Si sus beneficios se continúan, puede seguir recibiendo el servicio antes de que ocurra uno de los siguientes: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su Apelación de Nivel 2 (la IRE y/o la Oficina de Audiencias Estatales) deciden **Denegar** su solicitud.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará una decisión de audiencia por escrito por correo.

- Si la decisión de la audiencia es **Aceptada** (aprobada) para todo o una parte de lo que usted solicitó, la decisión explicará claramente qué debe hacer nuestro plan para solucionar el problema. Si no comprende la decisión o tiene alguna pregunta acerca de obtener el servicio o el pago que se va a realizar, contacte al Departamento de Servicios para Miembros para asistencia.
- Si la decisión de la audiencia es **Denegada** (desestimada) para todo o una parte de lo que solicitó, significa que la Oficina de Audiencias Estatales está de acuerdo la decisión de Nivel 1. La decisión de la Audiencia Estatal explicará a la Oficina de Audiencias Estatales las razones por las cuales dijo que No, y le explicará que tiene el derecho de solicitar una Apelación Administrativa.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), ésta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **Sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".

Presenté una apelación tanto a la Entidad de Revisión Independiente como a la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué sucede si toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden que **Sí** a todo o parte de lo que solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado que más se asemeje a lo que solicitó en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, usted puede apelar de nuevo solicitando una Apelación Administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud para una Apelación Administrativa dentro de los 15 días naturales a partir de la fecha en la que se pronunció la decisión de la audiencia.

Si su Apelación de nivel 2 fue enviada a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I de la página 185 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que pueda reembolsarle su pago o el proveedor aceptará dejar de facturarle por el servicio.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7. "Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos". El Capítulo 7 describe las situaciones en las que quizás necesite solicitarnos que lo ayudemos con el pago que le realizó a un proveedor o con pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos. El Capítulo 7 también le brinda información para ayudarle a evitar problemas de pago en el futuro.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó tiene cobertura y usted cumplió con todas la reglas, trabajaremos con su proveedor para reembolsarle su pago.
- O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección E3 de la página 156. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación.
- Si solicita un reembolso por un artículo o servicio que ya usted recibió y pagó por su cuenta, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si **denegamos** su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos realizar el pago, debemos enviarle el pago al proveedor dentro de 30 días naturales. Si **aprobamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago al proveedor dentro de un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con una cantidad mínima. Consulte la Sección I de la página 185 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **165**



Si **denegamos** su apelación y el servicio o artículo, por lo general, está cubierto por Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la Sección E4 en la página 160).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos de la Parte D". Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso en la Sección E de la página 152.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Cómo solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
 - Cómo solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos. Recuerde, usted no debe pagar por ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y Medicaid. Si se le pide que pague el costo completo de un medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que lo asistan.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **"determinación de cobertura"**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la Sección F2 en la página 167. También consulte las secciones F3 y F4 en las páginas 168 y 169.	Avance a la Sección F4 en la página 169.	Avance a la Sección F4 en la página 169.	Avance a la Sección F5 en la página 171.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una "excepción".

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A veces, esto se denomina "autorización previa" [prior authorization, PA]).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
 - Límites de cantidades. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.
 - Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago que le exigimos que pague por el medicamento.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario"**.

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Se les llama "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si **aprobamos** su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si **denegamos** su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 de la página 171 se indica cómo presentar una apelación si **denegamos** su solicitud.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **168**



F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede llamarnos al (855) 665-4623. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la Sección B en la página 147 a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si pagó por un medicamento que considera que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 7 de este manual. El Capítulo 7 le explica cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o enviarnos la documentación para pedirnos que cubramos el medicamento.
- Si usted solicita una excepción, presente la "declaración de apoyo". Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la "declaración de apoyo".
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago de la Parte D

Llame, escriba, envíenos un fax o pregunte a su representante o médico u otro recetador. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días naturales.

- Si usted solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

Utilizaremos los "plazos estándar" a menos que hayamos acordado utilizar los "plazos rápidos".

- **Una decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Una decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una "decisión de cobertura rápida" es **"determinación de cobertura acelerada"**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si los plazos estándar le pueden causar serios daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar**.

Si su médico u otro recetador nos informan que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
 - Puede presentar una "queja rápida" y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta dentro de las 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si aprobamos su solicitud**, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si denegamos su solicitud** en parte o en su totalidad, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si aprobamos su solicitud**, en parte o en su totalidad, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si denegamos su solicitud** en parte o en su totalidad, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si aprobamos su solicitud**, en parte o en su totalidad, le pagaremos a la farmacia dentro de los siguientes 14 días naturales. La farmacia le reembolsará el dinero.
- **Si denegamos su solicitud** en parte o en su totalidad, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es No. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.

Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. Usted también puede solicitar una apelación llamándonos (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.

Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviárnosla por fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es "**redeterminación**" del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se emplean para obtener una "decisión de cobertura rápida", los que se detallan en la Sección F4 de la página 169.

El término legal para "apelación rápida" es "**redeterminación acelerada**".

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **denegamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si aprobamos su solicitud**, en parte o en su totalidad, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si denegamos su solicitud** en parte o en su totalidad, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días naturales, o 14 días naturales si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si aprobamos su solicitud**, en parte o en su totalidad:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días naturales después de recibir su apelación o 14 días naturales si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya compró, le pagaremos a la farmacia en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación. La farmacia le reembolsará el dinero.
- **Si denegamos su solicitud** en parte o en su totalidad, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si denegamos su solicitud en parte o en su totalidad, usted decidirá si desea aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, le enviaremos automáticamente a ellos el archivo de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso, para lo cual debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **"reconsideración."**

Plazos para "apelaciones rápidas" en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de revisión independiente (IRE) una "apelación rápida".
- Si la IRE decide otorgarle una "apelación rápida", deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **aprueba** su solicitud, en parte o en su totalidad, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para "apelaciones estándares" en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días naturales posteriores a recibir su apelación, o 14 días naturales si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE **aprueba** su solicitud, en parte o en su totalidad, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
 - Si la IRE aprueba una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, le pagaremos a la farmacia en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la decisión. La farmacia le reembolsará el dinero.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".

Si usted decide ir al Nivel 3 proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE con la decisión de su apelación de Nivel 2 le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 174

- El día que le dan de alta del hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado "Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos". Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. El "Mensaje importante" le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para adquirir una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente adecuada para usted.

En Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta al: (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- Si llama antes de salir del hospital, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar por la misma mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si usted no llama para apelar, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 178.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900; TTY: (888) 985-8775 y solicite una "revisión rápida".

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 1-800-750-0750).

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es una organización conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para analizar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una "revisión rápida"

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal de "revisión rápida" es "revisión inmediata."

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal de esta explicación por escrito es "**Aviso Detallado de Alta**". Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900; TTY: (888) 985-8775 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (que es dentro de los 60 días o antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores de haber solicitado una "revisión rápida".
- **Si aceptamos su revisión rápida**, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario.
 - También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, significa que su fecha de alta médica programada nos parece adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Guía rápida: Cómo presentar una apelación Alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una "revisión rápida" de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

El término legal de "revisión rápida" o "apelación rápida" es "apelación acelerada."

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 186, se explica cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. 179

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de la IRE es **Sí** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada por razones médicas.
- El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

Guía rápida: Cómo presentar una apelación Alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) de Medicare terminan demasiado pronto

Esta sección es acerca de los siguientes tipos de cuidado cuando están cubiertos por Medicare solamente:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- La atención de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
 - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama "Notificación de no cobertura de Medicare." El aviso le informa la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla no significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando su cobertura finalice, dejaremos de pagar el costo por su atención médica.

H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención médica

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J en la página 186, se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. De lo contrario, puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 1-800-750-0750).

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775. También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al **(888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775** y solicite una "apelación rápida".

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es una organización conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para analizar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una "apelación rápida". Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 184.

El término legal para el aviso escrito es "**Notificación de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de la muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede consultar una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal de la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es la "**Explicación detallada de no cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechaza** su apelación y usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775. Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900; TTY: (888) 985-8775 y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **183**



¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos para determinar si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida".
- **Si aprobamos su petición** de revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si denegamos su petición** de revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.

Guía rápida: Cómo presentar una apelación Alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una "revisión rápida".

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

Si continúa recibiendo los servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios. Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal de "revisión rápida" o "apelación rápida" es "apelación acelerada."

Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 186, se explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE aprueba su apelación**, entonces le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También tendremos que continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE deniega su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de servicios es médicamente adecuado.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención médica

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo

o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o del abogado mediador, usted puede comunicarse con el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede contactar al Mediador de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio TTY: 1-800-750-0750).

I2. Próximos pasos a seguir para artículos y servicios de Medicaid

Si tuvo una audiencia estatal por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión en su audiencia estatal fue en su contra (no a su favor), también tiene el derecho a más apelaciones. La notificación de decisión de la audiencia estatal le explicará cómo solicitar una Apelación Administrativa al presentar su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario desde la fecha en la que se pronunció la decisión de la audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión de Apelación Administrativa, tiene el derecho de apelar ante el tribunal de demandas comunes en el condado donde viva.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita asistencia con Apelaciones Administrativas o Audiencias Estatales, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas

El procedimiento para quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas acerca de la privacidad

Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Guía rápida: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 189.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 1-800-750-0750).

Quejas sobre Servicio de Atención al Cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options MyCare Ohio lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de Lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre recibir una factura

- Su médico o proveedor le envió una factura.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio, o pagarle al proveedor por ciertos servicios médicos para que puedan reembolsarle su dinero.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de Revisión Independiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

El término legal para una "queja" es un **"reclamo"**.

El término legal para "hacer una queja" es **"presentar una queja"**.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta por una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 711).**

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Las quejas relacionadas con la Parte D deben presentarse **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja. Todas las demás quejas se pueden presentar **en cualquier momento** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito. También puede usar el formulario en la página 189 para presentar la queja.
- Las quejas son querellas que deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud. Las quejas deben resolverse en un plazo de 30 días naturales a partir de su fecha en que la recibimos. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que solicite una respuesta por escrito o que la queja esté relacionada con la calidad de la atención. Las quejas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Puede presentar una queja por vía oral llamándonos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede presentar una queja por escrito enviándola por correo a: Molina Dual Options MyCare Ohio, Attention: Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

El término legal de "queja rápida" es **"queja acelerada."**

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos a las quejas sobre el acceso a la atención médica dentro de 2 días laborables. Respondemos todas las demás quejas dentro de 30 días naturales. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted también puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede enviar su queja por correo electrónico a bmhc@medicaid.ohio.gov.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr.

También puede contactarse con la Oficina local de Derechos Civiles a:

Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, Illinois 60601



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **189**

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local o a la Línea Directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, (TTY: 1-800-292-3572) para asistencia.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775.

Capítulo 10: Cómo cambiar o finalizar su membresía en nuestro Plan MyCare Ohio

Introducción

Este capítulo le orienta sobre las maneras en las que usted puede cambiar o terminar su membresía en nuestro plan. Puede cambiar su membresía en nuestro plan eligiendo recibir sus servicios de Medicare por separado (permanecerá en nuestro plan para los servicios de Medicaid). Puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid de Ohio, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para los Miembros.

Tabla de Contenidos

A. MyCare Ohio.....	192
B. Cómo cambiar o finalizar su membresía en nuestro plan.....	193
C. Cómo inscribirse en un plan diferente de MyCare Ohio.....	193
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid.....	193
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare.....	193
D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid.....	195
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado.....	196
F. Otras situaciones cuando acaba su membresía.....	196
G. Reglas en contra hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud.....	197
H. Su derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y a Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan.....	197
I. ¿Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan?.....	197

A. MyCare Ohio

Usted puede finalizar su membresía en Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Medicare Advantage Plan, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Medicare Original.

Si usted cambia su membresía en nuestro plan eligiendo obtener los servicios de Medicare por separado:

- Continuará manteniendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en el que usted haya presentado la solicitud.
- Su cobertura nueva de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted solicita el 18 de enero terminar de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1º de febrero.

Si termina su membresía en nuestro plan eligiendo un plan de Ohio MyCare diferente:

- Si usted pidió cambiar a una plan de MyCare Ohio diferente antes de los cinco últimos días del mes, su membresía terminará el último día de ese mismo mes. Su cobertura nueva en un plan MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted presenta una solicitud el 18 de enero, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1º de febrero.
- Si usted pidió cambiar a un plan de MyCare Ohio diferente en uno de los últimos cinco días del mes, su membresía terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente al que termina. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 30 de enero, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1º de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- La Línea Directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm, y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cambiar o finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide cambiar o finalizar su membresía:

- Comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711; •
- 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 (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 194 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

Consulte la Sección A anterior para más información acerca de cuándo su solicitud para cambiar o terminar su membresía entrará en vigor.

C. Cómo inscribirse en un plan diferente de MyCare Ohio

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en un plan diferente de MyCare

Para inscribirse en otro plan de MyCare Ohio:

- Comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711.

Su cobertura con Molina Dual Options MyCare Ohio terminará en el último día del mes en que recibimos su pedido.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro plan de MyCare Ohio, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid seguirán siendo proporcionados por Molina Dual Options MyCare Ohio.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare por parte de nuestro plan.

<p>1. Usted puede cambiarse al siguiente plan:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, así como un plan de Medicare Advantage que incluiría cobertura de medicamentos recetados de Medicare.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Usted puede cambiarse al siguiente plan:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048. Puede seleccionar un plan Parte D en este momento.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando comience su Medicare original y la cobertura del plan de medicamentos recetados.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.



<p>3. Usted puede cambiarse al siguiente plan:</p> <p>Original Medicare sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare 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 preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, comuníquese con su Programa de Información de Seguro de Salud para Personas Mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP) al (800) 686-1578, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5 p.m., hora local.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
--	---

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid

Debe recibir sus beneficios de Medicaid a través de un plan MyCare Ohio. Por lo tanto, si no desea recibir sus beneficios de Medicare a través del plan MyCare Ohio, aún debe recibir sus beneficios de Medicaid de Molina Dual Options MyCare Ohio u otro plan de cuidados administrado por MyCare Ohio.

Si usted no se inscribe en otro plan MyCare Ohio, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención médica para la salud conductual.

Una vez usted deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva Tarjeta de Identificación de Miembro y un nuevo manual del miembro para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio para recibir sus beneficios, comuníquese con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **195**

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado

Si usted cambia o termina su inscripción con Molina Dual Options MyCare Ohio, tomará un tiempo hasta que comience su nueva cobertura. Durante este periodo, siga recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo, para que le surtan sus recetas.
- Si a usted lo(a) hospitalizan el día en que su membresía en Molina Dual Options MyCare Ohio cambia o finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía

Estos son los casos en los que Medicare y Medicaid deberán terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare terminarán en el último día del mes que termine su Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no califica para Medicaid o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas que califiquen para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicios por un período mayor a seis meses o si establece su lugar de residencia primaria fuera de Ohio.
- Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
 - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podemos solicitarle a Medicare y Medicaid que finalicen su inscripción en nuestro plan por las siguientes razones:

- Si usted intencionalmente da información incorrecta al inscribirse y esa información afecta su elegibilidad.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - Si su membresía termina por esta razón, Medicare y/o Medicaid pueden hacer que el Inspector General investigue su caso. También es posible el procesamiento criminal y/o civil.

G. Reglas en contra hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- 633- 4227). TTY users should call 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debería comunicarse con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711.

H. Su derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y a Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan

Si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan, le debemos comunicar a usted nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer una reclamación sobre nuestra solicitud de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. ¿Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su membresía, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 11: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual para los miembros* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: Las actividades que usted realiza en un día normal. Éstas incluyen comer, ir al baño, vestirse, bañarse, cepillarse sus dientes u otras actividades diarias.

Directivas Anticipadas: Instrucciones de atención médica por escrito para cuando un adulto no es capaz de dar a conocer sus deseos médicos. Estas incluyen:

- Testamento Vital
- Poder Notarial Duradero para Atención Médica
- Declaración para Tratamiento de Salud Mental
- Orden de No Resucitar

Aviso Anual de Cambios: Una lista de beneficios, servicios cubiertos y reglas que cambiaron desde el año anterior.

Apelación: Una solicitud para una revisión formal para saber si puede recibir beneficios adversos (revisión de una denegación de pago o autorización previa para un elemento o servicio).

Salud Conductual: Un término utilizado para cualquier afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.

Facturación: Consulte Facturación Inadecuada/Inapropiada

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes del estado.

Medicamento de Marca Registrada: un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Consulte "Medicamentos Genéricos".

Administrador de Cuidados: Una persona que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. Esta persona se encuentra en su Equipo de Cuidado. Trabaja con usted y el equipo para crear su Plan de Cuidado.

Plan de Cuidado: Un plan para los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Usted tendrá la opción de crear su Plan de Cuidado. Su plan puede incluir objetivos para su salud física y mental. Su plan puede incluir los servicios para:

- Necesidades médicas
- Salud conductual
- Servicios y apoyos a largo plazo

Equipo de Cuidados: Un equipo de cuidados puede incluir doctores, enfermeros, trabajadores sociales, asesores u otros cuidadores. Su equipo de cuidados está allí para ayudarle a obtener el cuidado que usted necesita.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia del gobierno federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con el CMS.

Consejero Certificado para Solicitantes: Una persona capacitada para ayudar a los clientes a buscar sus opciones de cobertura para atención médica y completar los formularios de solicitud.

Queja: Una queja también recibe el nombre de "reclamación". Una reclamación se produce cuando usted nos informa que no está satisfecho con nosotros o con nuestros empleados, proveedores o proveedores contratados. Si tiene una reclamación, puede llamarnos o escribirnos. Algunos ejemplos de reclamaciones incluyen quejas sobre la calidad de la atención que recibió, trato descortés o la falta de reconocimiento de sus derechos como miembro.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Un lugar donde usted obtiene servicios después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece muchos servicios, incluidos:

- Fisioterapia
- Servicios sociales y de psicología
- Terapia respiratoria
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios de evaluación del ambiente del hogar

Conector de la Comunidad: Un miembro del personal de Molina Dual Options MyCare Ohio que vive en su área. Este visitará su domicilio y le dará su opinión a su equipo de cuidados. Esto ayuda a atender las preocupaciones antes de que se vuelvan graves. Debido a que viven en su comunidad, los Conectores de la Comunidad pueden conectarle con servicios sociales locales como comida, vivienda y trabajo.

Trabajador de Casos del Condado: Su contacto en su oficina local del Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (Department of Job and Family Services,

CDJFS). Contacte con esta persona si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid. Contacte con esta persona para asegurarse de que sus beneficios de Medicaid se renuevan cada 12 meses. También notifique a esta persona cuando surjan cambios en su información, como cuando tiene un bebé o se muda a una nueva dirección.

Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS): Su oficina de CDJFS local determina si es elegible para Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno, como el Programa de Asistencia Alimentaria. Encuentre su oficina local en http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Incluye decisiones sobre medicamentos cubiertos y servicios que requieren autorización previa (consulte "Autorización Previa"). También incluye la suma que pagaremos por sus servicios. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: Los servicios y suministros cubiertos y pagados por nuestro plan.

Cancelación de inscripción: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan. Puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Categorías de medicamento: grupos de medicamentos en la misma Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en una de las tres (3) categorías.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son las sillas de ruedas, las muletas, los suministros para diabéticos, las bombas de infusión intravenosa, los equipos y suministros de oxígeno, los nebulizadores y los andadores.

Emergencia: Una emergencia es cuando tiene un problema médico que es lo suficientemente grave como para ser tratado de inmediato por un médico. Los servicios de emergencia pueden ser necesarios para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de una función.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia.

Inscripción: El proceso de comenzar su membresía en nuestro plan. Puede ser voluntario (su propia elección) o pasivo (la membresía fue asignada).

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Descripción de Beneficios (EOB): Un informe para ayudarle a entender y hacer un seguimiento de sus pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. El informe le indica la suma total que nosotros u otros en su nombre han pagado por los medicamentos recetados durante el mes. Llame a Servicios para Miembros para solicitar su Explicación de Beneficios.

Ayuda Extra (Extra Help): Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar por medicamentos recetados de Medicare Parte D. Ayuda adicional (Extra Help) se lo conoce también como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **200**

Formulario: Vea la "Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)".

Fraude, derroche y abuso:

- **Fraude:** Acto injusto o ilegal llevado a cabo con la intención de obtener algo de valor de manera ilegal.
- **Pérdida:** Prácticas que conducen a costos innecesarios y menor calidad de cuidado.
- **Abuso:** Prácticas del proveedor o del miembro que llevan a costos innecesarios para los programas de Medicaid y/o Medicare. También podría llevar al pago de servicios que no cumplen con los estándares profesionales reconocidos para la atención médica.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno para usarse en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Por lo general, es más barato. Actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca.

Quejas: Ver Quejas.

Plan de salud: Una organización que tiene contratos proveedores para los servicios que usted recibe. Molina Dual Options MyCare Ohio es su plan de salud.

Evaluación de salud: Una revisión de su historial médico, sus medicamentos y su condición actual. Se usa para determinar el estado de salud y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Servicios en el Hogar y la Comunidad: Ver "Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-term services and supports, LTSS)".

Auxiliar de atención médica domiciliaria: Una persona que provee servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapeuta autorizados. Por ejemplo, una persona que ayuda con el cuidado personal (vea "Actividades de la Vida Diaria").

Centro de cuidado paliativo: Un programa que ayuda a las personas que tienen un diagnóstico terminal. Esto significa que la persona tiene una enfermedad terminal. Se espera que la persona viva seis meses o menos. Una persona con un diagnóstico terminal tiene el derecho a este cuidado. El programa ayuda a las personas a vivir de manera cómoda. Un equipo capacitado de cuidadores que cumple con todas las necesidades de la persona. Esto incluye cuidado físico, emocional, social y espiritual. Nuestro plan debe darle una lista de proveedores de los centros de cuidados paliativos en su área.

Facturación Inadecuada/Inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura una cantidad mayor que nuestro costo compartido por los servicios. Muestre su tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options MyCare Ohio paga todo el costo de sus servicios, usted no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle ninguna suma de costo compartido.

Paciente internado: Una palabra utilizada cuando ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Debe ser admitido de manera formal. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio, incluso si pasa toda la noche en el hospital o centro de enfermería especializada.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama "formulario".

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Servicios médicos, personales y sociales que ayudan a una persona con una condición a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a que permanezca en su hogar. Esto se realiza para que no tenga que ir a un centro para convalecientes durante un período de tiempo prolongado. LTSS en Ohio son los Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) y algunos servicios basados en centros. Le ayudan a vivir en un entorno que sea lo menos limitante posible.

Subsidio por Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS): Consulte "Ayuda adicional".

Medicaid: Es un programa del gobierno. Utiliza fondos federales, estatales y locales. Proporciona seguro médico a personas de todas las edades dentro de determinados límites de ingresos.

Renovación de Medicaid: El proceso de confirmación de su elegibilidad para continuar recibiendo los beneficios de Medicaid. Debe completar su renovación de Medicaid cada 12 meses o puede perder su cobertura de Medicaid. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo renovar la cobertura de Medicaid.

Medicamento Necesario: Los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o mantenerse en su actual estado de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o son necesarios según las reglas de cobertura de Medicare o Medicaid.

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad en adelante y algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades. También es para personas que padecen enfermedad renal en fase terminal. Esto significa aquellos con fallas renales permanentes que necesitan diálisis o un trasplante de riñón. Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "planes MA" que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Afiliado en Medicare-Medicaid (Doblemente Elegible): Una persona que califica para Medicare y Medicaid.

Medicare Parte A: También conocido como "Parte A". Este programa de Medicare cubre los servicios médicamente necesarios de:

- Hospitales.
- Centros de enfermería especializada
- Atención médica en un centro de enfermería, siempre y cuando que el cuidado de custodia no sea el único cuidado que usted necesita

- Atención médica domiciliaria
- Atención para enfermos terminales

Medicare Parte B: También conocido como "Parte B". Este programa de Medicare cubre los servicios y suministros que son necesarios para tratar una enfermedad o condición. Estas incluyen:

- Pruebas de laboratorio.
- Cirugías
- Consultas al médico
- Exámenes preventivos
- Equipo médico duradero como sillas de ruedas y andadores
- Servicios de ambulancia
- Consultas de salud conductual
- Segundas opiniones
- Medicamentos recetados limitados para pacientes ambulatorios

Medicare Parte C: También conocido como "Parte C". Este programa de Medicare le permite a las empresas de seguro médico privadas brindar los beneficios de Medicare. Las empresas lo realizan a través de un Plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: También conocido como "Parte D". Este es el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. La Parte D cubre:

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Vacunas
- Algunos suministros que no están cubiertos por las partes A y B o Medicaid

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El gobierno retiró algunos medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid de Ohio que califica para los servicios cubiertos del programa MyCare Ohio y que está inscrito en nuestro plan. La inscripción en nuestro plan debe ser confirmada por CMS y el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM).

Manual del Miembro: Este documento explica su cobertura. Indica lo que debemos hacer por usted. También indica lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Uno de los departamentos de nuestro plan. El Departamento de servicios para miembros responde a preguntas sobre su plan, sus beneficios e inquietudes. Consulte el Capítulo 2 para conocer cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Modelo de atención: Un término para la forma en la que nos ocupamos de nuestros miembros. Asegura que nuestros miembros reciban el cuidado apropiado, en el entorno adecuado y en el momento correcto.

MyCare Ohio: Un programa que le proporciona sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan de salud. Tiene una tarjeta de identificación para todos sus beneficios.

Farmacia de la Red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. Deben estar autorizados o certificados por Medicare y Medicaid. No le cobrarán a nuestros miembros una cantidad adicional. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general para médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que le brindan a usted servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyos a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicare y Medicaid del estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nosotros. Aceptan nuestro pago en su totalidad y no le cobran a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados "proveedores del plan".

Casa o Centro para Convalecientes: Un lugar que brinda atención médica a las personas que necesitan más cuidados de los que pueden darse en el hogar. No es para personas que necesitan estar en el hospital.

Departamento de Medicaid de Ohio (ODM): La agencia gubernamental del estado de Ohio a cargo de Medicaid. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con el ODM.

Línea directa de Ohio Medicaid: Los consumidores pueden llamar a este número para hacer preguntas sobre cómo solicitar Medicaid, qué cubre Medicaid y para inscribirse en un plan de salud. Llame al (800) 324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.

Mediador: El Mediador de MyCare Ohio es un defensor independiente que puede ayudarle con respecto a sus preocupaciones sobre cualquier aspecto del cuidado disponible a través de MyCare Ohio. Este servicio es gratuito. Consulte el Capítulo 2 para obtener el número de teléfono y otra información de contacto del Mediador.

Determinación de Organización: Cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toman una decisión. La decisión es sobre si los servicios están cubiertos, cuánto pagaremos nosotros o cuánto debe pagar usted. Se llaman "decisiones de cobertura" en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de cobro-por-servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.

- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.
- Los medicamentos cubiertos para los cuales se necesita autorización previa (prior authorization, PA) de parte de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Gastos de su Bolsillo: El requisito de costos compartidos en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de costo de "gastos de su bolsillo".

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un centro que brinda cirugías sencillas para las personas que no necesitan atención hospitalaria o estadías extendidas. Los pacientes atendidos no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC): Los medicamentos de venta libre son cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Información médica personal (también llamada información médica protegida [PHI]): información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia médica. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Molina Dual Options MyCare Ohio para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options MyCare Ohio protege, utiliza y divulga su PHI, al igual que sus derechos con respecto a su PHI. El Capítulo 8 incluye un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de las Normas de Privacidad completo se le envía con sus materiales para miembros nuevos y se encuentra en línea en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP): El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud y chequeos médicos. Su PCP se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Su PCP puede remitirlo a otros médicos. Su PCP puede hablar con otros doctores y proveedores sobre su cuidado. Consulte el Capítulo 3 para conocer más sobre cómo obtener cuidados de sus PCP.

Autorización Previa: También denominada "autorización previa." Esto es una aprobación de nuestro plan. Es necesaria antes de usted reciba determinados servicios o medicamentos. Cuando nuestro plan hace cambios a la lista de servicios que requieren de autorización previa, publicaremos una actualización en línea en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid en conjunto para personas de 55 años o más que necesitan alguna ayuda para vivir en su hogar. En Ohio, una persona debe vivir en ciertas regiones para ser elegible.

Elementos protésicos y ortóticos: Dispositivos médicos ordenados por su proveedor. Los artículos cubiertos incluyen:

- Elementos ortopédicos para brazos, espalda y cuello
- Extremidades artificiales
- Ojos artificiales
- Dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o su función. Esto incluye suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor: El término que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le ofrecen servicios y cuidados. También incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyos a largo plazo.

Directorio de Proveedores y Farmacias: Una lista de médicos, instalaciones u otros proveedores que usted puede ver como miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. Esta lista incluye las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos recetados. El Capítulo 1 contiene más información sobre el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, lo que incluye cómo ver la lista o cómo obtener una copia impresa.

Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization , QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica. El grupo ayuda a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Son pagados por el gobierno. Deben revisar y mejorar el cuidado que brindamos a nuestros miembros. Consulte el Capítulo 2 para conocer más acerca de cómo comunicarse con la QIO de Ohio.

Límites de Cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Puede que haya límites en la cantidad del medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de Rehabilitación: Tratamiento(s) para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el Capítulo 4 para conocer más acerca de estos servicios.

Área de Servicio: El área en la que vive un miembro y donde el plan de salud proporciona los servicios cubiertos utilizando proveedores de la red.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Un centro con el personal y equipo para brindar atención especializada. También podría proporcionar servicios de rehabilitación especializados y otros servicios relacionados.

Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Servicios de cuidado SNF y de rehabilitación que se proporcionan de forma continua y diaria. Incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (intravenous, IV) que puede aplicar una enfermera o un médico.

Especialista: un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Terapia Progresiva: Una regla de cobertura. Le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income , SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social. Se paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegos o son mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Telemedicina (cuidado virtual): Cuidado que recibe en línea, a través de la app móvil o por teléfono. Con Telemedicina, los afiliados pueden consultar a proveedores médicos y de salud conductual para muchas enfermedades y lesiones. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de la Telemedicina

Atención Médica Urgente: Cuidados que usted recibe por problemas de salud que no pueden esperar hasta su próxima consulta al Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP). Este cuidado es para problemas de salud que no son una amenaza para su vida. La mayoría de los centros de cuidado urgente pueden verlo para consultas de atención sin cita previa. Muchos centros de cuidado urgente están abiertos por las noches y los fines de semana.

Coordinador de Servicios de Exención: Si usted es elegible para los Servicios de Exención, tendrá a su disposición un Coordinador de Servicios de Exención. Esta persona lo ayudará a crear un Plan de Servicios de Exención que identifique todas sus necesidades. Luego, esta persona se asegurará de que se siga el plan.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options MyCare Ohio

LLAME AL:	(855) 665-4623 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local Existen otras opciones luego de las horas normales. Éstas incluyen el autoservicio y el correo de voz. Utilice estas opciones los fines de semana y días festivos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	(888) 295-4761
ESCRIBA A	Molina Dual Options MyCare Ohio PO Box 349020 Columbus, OH 43234-9020
PÁGINA WEB	www.MolinaHealthcare.com

? **Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options MyCare Ohio al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si necesita hablar con su Administrador de Cuidados, llame al (855) 665-4623, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información, visite** www.MolinaHealthcare.com/Duals. **207**



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) 665-4623, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. local time. 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) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Una persona que hable español podrá ayudarle. 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) 665-4623 聯絡，TTY: 711，服務時間為當地時間的週一到週五的上午 8 點至晚上 8 點。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) 665-4623，TTY: 711，周一至周五提供服务，服务时间为当地时间上午 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) 665-4623, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. 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) 665-4623, TTY : 711, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (heure locale). 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) 665-4623, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. 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) 665-4623, TTY: 711, Montag – Freitag, 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (Ortszeit). 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) 665-4623, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)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) 665-4623, телетайп: 711 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному 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) 665-4623، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. 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) 665-4623, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 20.00 ora locale. 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) 665-4623, TTY: 711, segunda – sexta, 8 a.m. até 8 p.m. horário local. 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) 665-4623, TTY: 711, Lendi – Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m. lè lokal. 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) 665-4623, TTY: 711. Jest on dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. 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 को प्राप्त करने के लिए, बस हमें (855) 665-4623, TTY: 711, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे स्थानीय 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) 665-4623 (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)。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をご利用いただけます。

