

Document Summary

Document	
Create Date	2024-10-15 20:48:17
Document Title	NM-H8845-006-DSNP-EC-ES-25
Document Type	EOC-MAPD
Document Status	Draft
Document Theme	2025_Molina-Health_EOC_Print_SPA
Language	SPA
Plan Year	2025
Last Change Date	2024-10-15 20:30:02
Last Change User	Renee Saucedo
Content Last Change Date	2024-09-18 16:06:41
Content Last Change User	RRDSYSTEM Molina-Health

2025

Evidencia de Cobertura

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

New Mexico H8845-006

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025



1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus Beneficios y servicios de salud y Cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

En este documento, se ofrecen detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 440-0127. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time.

Este plan, Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), es ofrecido por Molina Healthcare of Arizona and New Mexico (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Arizona and New Mexico. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Puede obtener este documento sin costo en otro idioma o en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (866) 440-0127, (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Los beneficios, las primas, los y los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de anticipación.

Molina Healthcare is a C-SNP, D-SNP and HMO plan with a Medicare contract. D-SNP plans have a contract with the state Medicaid program. Enrollment depends on contract renewal.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender:

- Su prima del plan y los costos compartidos.
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- el modo de presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- el modo de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

H8845_25_006_NMEOC_C

NM-H8845-006-DSNP-EC-EN-25

Evidencia de cobertura 2025**Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado su registro de membresía al plan	14
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1	Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)(cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)	22
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de Calidad	24
SECCIÓN 5	Seguro Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	29
SECCIÓN 9	¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?	30
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	31
SECCIÓN 1	Conceptos que debe conocer sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	32
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	33
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia o durante un desastre	37
SECCIÓN 4	¿Cómo proceder si le facturan directamente por los costos totales de los servicios?	40
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	40
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	42

SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	43
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)</i>	45
SECCIÓN 1	Explicación de los servicios cubiertos	46
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber lo que está cubierto para usted.	46
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)?	97
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	97
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	100
SECCIÓN 1	Introducción	101
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	102
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de Medicamentos del plan	104
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	106
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera?	108
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?	110
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	111
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica	112
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	113
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos	114
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	117
SECCIÓN 1	Introducción	118
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento	120
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	121
SECCIÓN 4	No hay deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)	122
SECCIÓN 5	En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte	123
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	125
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D: lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra	126
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	127
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos	128

SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	130
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	130
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	132
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan	133
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	142
CAPÍTULO 9:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	144
SECCIÓN 1	Introducción	145
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	145
SECCIÓN 3	Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	147
SECCIÓN 4	Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>	148
SECCIÓN 5	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	149
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	152
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	158
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto	166
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	172
SECCIÓN 10	Cómo llevar su Apelación al Nivel 3 y más	177
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas	179
SECCIÓN 12	Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	182
CAPÍTULO 10:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	183
SECCIÓN 1	Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan	184
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	184
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	187
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	188
SECCIÓN 5	Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	188
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	190
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	191
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	191
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	191

CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes 192

FINAL

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

FINA

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), que es un plan especial de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años o más, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. La cobertura de Medicaid varía de acuerdo con el estado y el tipo de plan de Medicaid que tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también obtienen cobertura por medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Ha decidido obtener su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) es un plan especial de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades especiales de atención médica. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de Medicare Partes A y B (deducibles, copagos y coseguros), no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también proporciona otros beneficios, ya que cubre servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, recibirá “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ayudará a gestionar todos estos beneficios para usted, de modo que reciba los servicios de atención médica y de asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New Mexico Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare que incluye cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC,) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento *Evidencia de Cobertura*?**

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y medicamentos recetados. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y el modo de presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido(a), preocupado(a) o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscripto en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?**Sección 2.1 Requisitos que debe reunir**

Usted es elegible para convertirse en miembro de nuestro plan :

- tiene la Parte A y la Parte B de Medicare;
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.3 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos;

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- -- y -- reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa gubernamental mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por costos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, 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 pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado para Medicare-Plus (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados-Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B y también es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New Mexico: Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, Curry, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, San Juan, San Miguel, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Valencia.

Ofrecemos cobertura en diferentes estados. Sin embargo, puede haber una diferencia de costo o de otro tipo entre los planes ofrecidos en cada estado.

Si planea mudarse a otro estado, también debe contactarse con el consultorio de Medicaid de su estado y preguntar de qué manera la mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento.

Si planea mudarse a un área fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

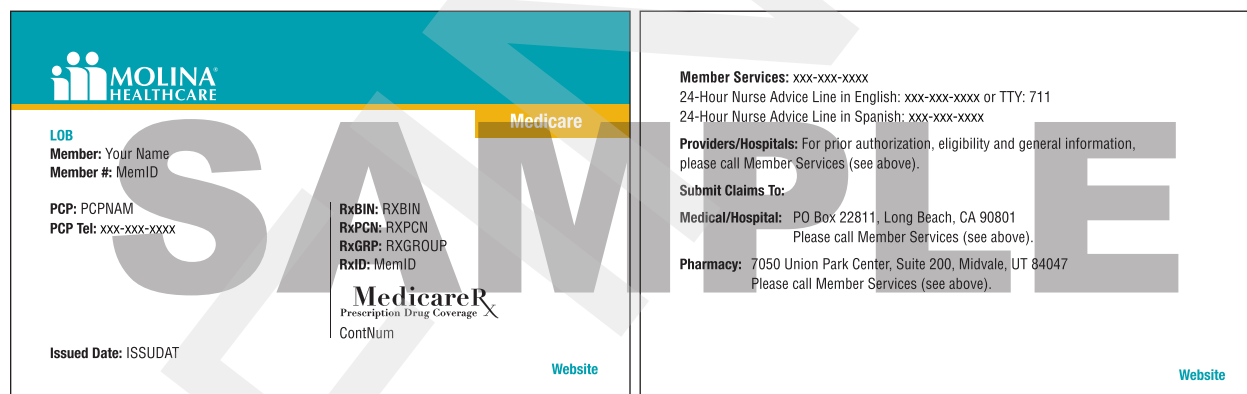
También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía cuando reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos recetados en las farmacias de la red. Recuerde mostrar siempre su identificación de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y su tarjeta de identificación de New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division Medicaid cada vez que se presente para su atención. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un ejemplo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten exhibir su tarjeta si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos, o si necesita participar en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

En caso de daño, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame a Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de la red, farmacias de la red y los proveedores de equipos médicos de uso prolongado.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. Si desea obtener información sobre cuándo puede hacer uso de los servicios de las farmacias que no están en la red del plan, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, casos en los que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

La lista actualizada de proveedores y farmacias se encuentra disponible en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario). La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (MolinaHealthcare.com/Medicare) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Monto de Ajuste Mensual conforme a los Ingresos (Sección 4.4).
- Monto del Plan de compra de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor.

Existen programas para ayudar a que las personas de bajos recursos puedan pagar los medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Extra (Extra Help)” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7 hay más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, inscribirse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscripto* y recibe ayuda de uno de estos programas, puede que **la información sobre las mensualidades detallada en esta Evidencia de Cobertura no corresponda a su caso**. Le hemos enviado un anexo, titulado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para la compra de medicamentos recetados (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS]), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su *Cláusula Adicional LIS*.

Las mensualidades de Medicare Parte B y Parte D varían para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y Usted 2025*, la sección llamada 2025 Costos de Medicare. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) es \$15.60.

Sección 4.2 Prima de la Parte B de Medicare**Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare****Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D**

Debido a que usted cuenta con doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su estado de doble elegibilidad; sin embargo, si usted pierde su estado, es posible que incurra en la LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial, existe un período igual o superior a 63 días consecutivos en los que no tiene cobertura válida para medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. La cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Usted **no** deberá pagar si ocurren las siguientes situaciones:

- Recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Tuvo cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o Veterans Health Administration (VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
 - **Nota:** el aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** lo detallado a continuación *no* forma parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la suma de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad total de meses que usted tardó en inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad total de meses que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos recetados si el período de interrupción de la cobertura fue igual o superior a 63 días. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el 2025, este monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$36.78, lo que equivale a \$5.15. Este monto se redondea a \$5.20. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años** debido a que las mensualidades promedio pueden variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su periodo de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en el transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. No obstante, en caso de que haya estado pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Suma de Ajuste Mensual Conforme a Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace dos años. Si esta suma supera una determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información acerca de la suma adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con el pago de la suma adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan

Existen 3 formas en las que usted puede pagar su prima del plan.

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo.

Opción 1: pago con cheque

Puede pagar su prima mensual con cheque o con nuestra libreta de cupones. Cuando se inscriba para pagar con cheque, le enviaremos una libreta de cupones que estará en vigor durante todo el periodo de inscripción de un año. El libro incluirá un cupón que usted deberá enviar con su cheque cada mes. Los cheques NO deben emitirse a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS). El cheque debe emitirse a nombre de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

Molina Healthcare P.O. Box 515189

Los Ángeles, CA 90051-5189

Si extravía su libreta de cupones, necesita cambiar sus opciones de pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos

Puede pagar por transferencia electrónica de fondos (EFT), lo cual significa que la prima mensual será debitada automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros, directamente por el plan. En el formulario de inscripción incluido en su paquete de inscripción, complete la información bancaria para comenzar a hacer pagos por

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

transferencia electrónica. Las deducciones automáticas se realizarán entre el día 23 y el día 30 de cada mes. Si necesita cambiar su opción de pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Opción 3: Deducción de la mensualidad de su cheque mensual del Seguro Social**Cambio de la forma de pago de su mensualidad.**

Si decide cambiar la opción de pago de su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Si necesita cambiar su método de pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

Si tiene problemas para pagar a tiempo su mensualidad, comuníquese con Servicios para Miembros a fin de consultar si podemos recomendarle programas que le ayuden a pagar su prima del plan.

Si ponemos fin a su membresía porque no pagó su prima del plan, usted tendrá cobertura médica de Medicare Original. Mientras reciba “Ayuda Extra (Extra Help)” para cubrir los costos de los medicamentos recetados, usted continuará teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo(a) inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si cree que pusimos fin a su membresía por error, usted puede presentar un reclamo (también llamado queja); consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que no le permitió pagar su prima del plan durante nuestro periodo de gracia, usted puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 11 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja o puede llamarnos al (866) 440-0127, entre October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

No. No está permitido cambiar la suma que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde abonar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si, durante el transcurso del año, es o deja de ser elegible para el programa “Ayuda Extra (Extra Help)”. Si un miembro reúne los requisitos para “Ayuda Extra (Extra Help)” para los gastos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda Extra (Extra Help)” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Extra (Extra Help)” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía al plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, que incluye el nombre de su Proveedor de atención primaria.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido que le corresponden.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización al trabajador o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para personas mayores.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en 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 esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros. Los miembros pueden crear una cuenta de My de Molina en línea para cambiar de doctor, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite <https://m.member.molinahealthcare.com/Member/Login> para crear o acceder a su cuenta de My de Molina.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Plan médico adicional

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina pagador secundario, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que haya pagado Medicare o el plan de salud grupal del empleador.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

FINAL

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de solicitud de cobertura o apelación referente a su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre decisiones de solicitud de cobertura o apelaciones referentes a su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(855) 322-4078 Las llamadas a este número son gratuitas. 5 days a week, 8 a.m. to 6 p.m., local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	Advanced Imaging: (877) 731-7218 Transplants: (877) 813-1206 Medical/Behavioral Health Outpatient: (844) 251-1450 Inpatient: (844) 834-2152 RX/J codes: (800) 391-6437
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. 5 days a week, 8 a.m. to 6 p.m., local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones referentes a medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3086 Las llamadas a este número son gratuitas. 5 days a week, 8 a.m. to 6 p.m., local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas referentes a atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. Hours are October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas referentes a atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
FAX	(562) 499-0610
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. 5 days a week, 8 a.m. to 6 p.m., local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa 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). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL:	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.Medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de requisitos para participar en Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus costos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP): • Infórmele a Medicare su queja: Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite 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 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 e indicar la información que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar 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).

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado.

New Mexico Aging & Disability Resource Center (ADRC) de New Mexico es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) con fondos del Gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de New Mexico Aging & Disability Resource Center (ADRC) de New Mexico lo podrán ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de New Mexico Aging & Disability Resource Center (ADRC) de New Mexico también lo podrán ayudar si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare y lo podrán ayudar a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare, y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org>
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	New Mexico Aging & Disability Resource Center (ADRC) (SHIP de New Mexico): Información de contacto
LLAME AL	(800) 432-2080, Monday - Friday, 7:45 a.m. - 5:00 p.m., MT
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	ADRC (Aging and Disability Resource Center) 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
PÁGINA WEB	https://aging.nm.gov/consumer-elder-rights/aging-disability-resource-center-adrc/ship

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para New Mexico, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina Acentra.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Acentra cuenta con un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Acentra es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Acentra (Organización de Mejoramiento de Calidad de New Mexico): información de contacto
LLAME AL	(888) 315-0636 Monday - Friday from 9 a.m. to 5 p.m. local time; weekends and holidays from 10 a.m. to 4 p.m. local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o personas con discapacidades o insuficiencia renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, 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 pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

Los miembros de este plan están inscritos en Medicare y también en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division.

Método	New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division, (Programa de Medicaid de New Mexico) – Información de contacto
LLAME AL	(505) 827-3100 Monday - Friday 8 a.m. to 5 p.m. MT
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	Medical Assistance Division P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division, (Programa de Medicaid de New Mexico) – Información de contacto
PÁGINA WEB	https://www.hca.nm.gov/

El (Programa del Ombudsman de) ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas en el servicio o la facturación. Pueden ayudarle a presentar una apelación o una queja contra nuestro plan.

Método	: Información de contacto
LLAME AL	
PÁGINA WEB	

El New Mexico's Long-Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información acerca de los hogares para personas mayores y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familias.

Método	New Mexico's Long-Term Care Ombudsman Program: Información de contacto
LLAME AL	(866) 432-2080 Monday – Friday from 8 a.m. to 5 p.m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Aging & Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
PÁGINA WEB	https://aging.nm.gov/long-term-care/ombudsman

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Extra” de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario realizar otra acción para obtener la “Ayuda Adicional” (“Extra Help”).

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Extra (Extra Help)”, utilice la siguiente información para comunicarse:

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes)(Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que está pagando un monto de costos compartidos incorrecto por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago correspondiente o, si ya tiene las pruebas, ayuda para presentárnoslas.

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) ubicada en la web en http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el Capítulo 2. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) si tiene preguntas. Las formas de evidencia admisibles son las siguientes:
 - carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA);
 - aviso de aprobación;
 - ingreso de seguridad suplementario;
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si usted tiene “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) y posee una cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las U.S. Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las mensualidades del plan de medicamentos o los costos de otros medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si usted tiene “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas médicas a través del HIV Services Program. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

y condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la manera de inscribirse en el programa, llame al HIV Services Program, Phone: (505) 476-3628.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados en base a las necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura a sus miembros.

En New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program) es New Mexico Medical Insurance Pool.

Método	New Mexico Medical Insurance Pool (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de New Mexico) – Información de contacto
LLAME AL	(866) 306-1882 Monday -Friday, 8 a.m. -5 p.m.
ESCRIBA A	500 Marquette Ave. NW, Suite 280 Albuquerque, NM 87102
PÁGINA WEB	https://nmmip.org/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
	Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas o periodo de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

FINAL

SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Sección 1.1 Definición de proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si necesita atención médica que Medicare exigen que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional. La distribución de costos que paga por diálisis en el plan nunca puede exceder la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisional y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios**Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP) que brinde y supervise su atención****Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP**

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de la red, que será su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP puede ser un médico, una enfermera especializada u otro profesional de atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los profesionales de la salud son elegibles para prestar servicios como PCP de nuestro Plan cuando ejercen en las áreas de medicina de familia, medicina general, geriatría, medicina interna u obstetricia/ginecología. Como se explica abajo, usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para realizar una consulta con un especialista, en la mayoría de los casos, primero deberá obtener la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista). Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estas incluyen:

- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias.
- Cuidado de médicos especialistas.
- Admisiones al hospital.
- Cuidado de seguimiento.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

“Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Dado que el PCP será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de este. En la Sección 3, encontrará información sobre cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y la información médica personal.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores/farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista o un hospital determinado, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica al consultorio del nuevo PCP. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su expediente médico y estará al corriente de cualquier condición médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP es responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con el que debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impreso en su tarjeta de miembro.

Cambio de su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) tiene una Política de Continuidad de Cuidado (Continuity-of-Care, COC) que le permite tener acceso continuo a proveedores médicos no contratados en las siguientes situaciones:

Si usted es un miembro nuevo, puede continuar con el tratamiento por hasta 90 días:

- Si está en un tratamiento activo con un proveedor médico no contratado al momento de la inscripción.
- Si actualmente tiene un DME: Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) asegurará un acceso continuo al DME y a reparaciones necesarias de proveedores no contratados.
- Si está embarazada, usted recibirá una continuidad de la atención hasta que los servicios de posparto se hayan completado o durante un periodo más largo, de ser necesario, para una transferencia segura con otro proveedor.

Si usted es un miembro existente, puede recibir una continuidad de la atención hasta por un año para servicios continuos luego de la interrupción de un contrato entre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y su proveedor médico o centro, considerando los siguientes avisos:

- Los servicios son parte de sus beneficios.
- No se interrumpió el servicio del proveedor debido a problemas en la calidad de la atención.
- El proveedor aceptó seguir viéndolo.
- El proveedor ha aceptado las tarifas regulatorias requeridas.

El personal de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) trabajará con el proveedor médico no contratado para llevarlo a la red de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) como un proveedor contratado o trabajará con usted y el proveedor para transferir su atención a un profesional dentro de la red durante el periodo de

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

continuidad de la atención de 90 días. La continuidad de la atención se brindará dentro de los límites de sus beneficios.

Excepciones a la política:

1. El personal de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) puede extender el periodo de 90 días si fuera necesario para satisfacer alguna necesidad excepcional que pudiera tener.
2. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) no aprobará la continuación de la atención por parte de un proveedor externo en los siguientes casos:
 - Usted solo requiere el control de una afección crónica.
 - La interrupción del contrato con el proveedor médico se realizó en función de una acción de revisión profesional debido a incompetencia o conducta inapropiada, y su bienestar puede peligrar.
 - El proveedor médico no está dispuesto a continuar brindándole la atención a usted.
 - La atención con el proveedor externo se inició **después** de su inscripción con Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
3. El proveedor a cargo de la atención continua no cumplió con los criterios/las políticas de acreditación de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) en el pasado o intenta lograr la acreditación al mismo tiempo que brinda atención.

Sección 2.2 Tipos de atención médica y otros servicios que puede recibir sin obtener una remisión de su PCP

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable dada su hora, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área).

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red**

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP es responsable de coordinar los servicios, lo que incluye enviarlo a usted a especialistas y otros proveedores de la red según corresponda. No existe un requisito de autorización previa para las consultas médicas con especialistas de la red. Si necesita un procedimiento o un servicio que requiere autorización previa del plan, su PCP o el especialista se comunicará con nosotros para obtener la autorización previa necesaria. Los servicios que requieren autorización previa del plan se detallan en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento. Algunos ejemplos de los servicios que requieren autorización previa del plan incluyen el cuidado de hospitalización optativo (que no es de emergencia), las admisiones en un centro de cuidados especializados y la atención médica domiciliaria.

Si necesita atención después del horario de atención normal, llame a su PCP. Esta información se encuentra en su tarjeta de identificación de membresía de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Si cree que se trata de una emergencia, solicite atención médica de inmediato. Para obtener más información, consulte la Sección 3 en la página siguiente (Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia).

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su doctor o especialista abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona su plan, se lo notificaremos en caso de que haya acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores abandona su plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor autorizado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le informaremos sobre los diferentes periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Nos encargaremos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le asignamos un proveedor aprobado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO (Organización de Mejoramiento de Calidad), una queja sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica especializada que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y no hay proveedores de nuestra red que puedan proveer esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red. Esto incluye los servicios de un proveedor que está exclusivamente aprobado para brindar el servicio en particular que necesita, así como los servicios prestados en un centro especializado o un centro de excelencia, p. ej., servicios de insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD). No hay restricciones de beneficios adicionales que se apliquen fuera de nuestra red o área de servicio.

Usted o su PCP deben comunicarse con nuestro plan para obtener autorización previa antes de solicitar atención de proveedores fuera de la red. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar ayuda. Si le brindamos autorización previa para recibir atención de un proveedor fuera de la red, cubriremos estos servicios como si hubiese recibido la atención de un proveedor de la red.

Es muy importante obtener una autorización previa de nuestro plan antes de consultar a proveedores fuera de la red. Si no tiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra estos servicios. Si el proveedor recomienda que regrese para recibir más atención, verifique primero que la aprobación de nuestro plan cubra más de una consulta al proveedor fuera de la red.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o requeridos urgentemente. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia o durante un desastre**Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica****Definición de emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica**

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un doctor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de 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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de membresía del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus doctores continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional.
- - *O* - la atención adicional que usted recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente”, y usted sigue las normas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente**¿Qué son servicios requeridos urgentemente?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750 para usuarios de habla inglesa y española. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuestro plan cubre servicios de cuidados de emergencia y urgencia en cualquier parte fuera de United States conforme a las siguientes circunstancias:

- Tiene un límite de cobertura de emergencias internacional de \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización.
- Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o urgente si la atención se hubiera proporcionado en EE. UU.
- Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es la distribución de costos que usted pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan.
- Es posible que deba pagar los servicios de su propio bolsillo y presentar un reclamo de reembolso.
- Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos. El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto.
- La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier servicio, tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención ni reembolsar su dinero por esta.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si le facturan directamente por los costos totales de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, deberá pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que se alcanzó el límite del beneficio, esos costos no contarán para el cálculo del máximo de gastos de su propio bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicitan voluntarios para participar en estos.

Una vez que Medicare aprueba el estudio y usted manifiesta su interés, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para este y comprenda en su totalidad y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise, ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y Exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage por Original Medicare, sugerimos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare no aprobó, será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al inscribirse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estancias en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Así como por todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que obtenga en el estudio de investigación clínica.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen proporcionar de forma gratuita a cualquier participante del ensayo.

Más información

Si desea obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Medicare and Clinical Research Studies que está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf. También puede llamar al

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica**Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?**

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos no exceptuados.

- Atención o tratamientos médicos no exceptuados se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos exceptuados se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

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 que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada;
 - – y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.
 - Y pueden aplicarse límites de cobertura de Medicare para Pacientes Hospitalizados (consulte el beneficio en el Capítulo 4).

Además, debería contactarse con Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en la Sección 6 del Capítulo 2) para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Medicaid y comprender todas sus opciones de cobertura.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero**Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?**

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), generalmente no podrá adquirir la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el elemento mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras estaba inscripto en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el elemento en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del elemento.

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el elemento en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscripto en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del elemento una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) cubrirá:

- 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.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si abandona Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos (servicios
cubiertos)*

FINAL

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)**SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos**

En este capítulo, se proporciona una Tabla de Beneficios Médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Ya que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención médica).

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este gasto máximo de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está inscripto en un Plan de Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que debe pagar de su propio bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto máximo de su propio bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es \$9,350.

Las sumas que paga por servicios cubiertos cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. Los montos que paga por su prima del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted alcanza la suma máxima de su propio bolsillo de \$9,350, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber lo que está cubierto para usted.**Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan**

En la Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual es posible que el nuevo plan de MA no requiera autorización previa para ningún proceso de tratamiento actual, incluso si ese tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea de emergencia o urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en **negrita**.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes internados y los servicios hospitalarios ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de planificación familiar.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

Información importante sobre beneficios para todos los miembros que participan en los servicios de planificación de atención médica y bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP)

- Debido a que Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de atención anticipada (Advance Care Planning, ACP). La ACP le ayuda a prepararse si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Las “Directivas Anticipadas” son los documentos legales que puede usar para dar instrucciones si no puede hacerlo usted mismo. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres para ellas, como testamento vital y poder notarial permanente.
- Molina puede ayudarle con la ACP de muchas maneras:
 - Molina Medicare Complete Care proporciona información sobre la ACP en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

- Puede obtener formularios de Directivas Anticipadas en:
 - el sitio web CaringInfo en CaringInfo.org;
 - el sitio web de Molina Caregiving for Medicare en <https://www.molinacaregiving.com>. Desplácese hasta la parte inferior de la página y elija su estado. Haga clic en Cuidadores. Luego haga clic en Poder notarial permanente para ir al formulario correspondiente.
- Puede solicitar más información cuando reciba su Llamada de Bienvenida. Los especialistas de la llamada de bienvenida pueden ayudarle con sus preguntas sobre las Directivas Anticipadas y cómo obtener una.
- Solicite más información a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de Molina.
- Pregunte a su Administrador de Casos para obtener más información.
- Llame a nuestro número de Servicios para Miembros al (866) 440-0127:

Puede obtener más información sobre cómo tomar decisiones sobre su atención médica en el Capítulo 8, Sección 1.5. La participación en la ACP es voluntaria. Puede decidir si desea una Directiva Anticipada y qué tipo de Directiva Anticipada desea. Puede rechazarla si no desea una Directiva Anticipada. Nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de su decisión de tener o no una Directiva Anticipada.

Información importante sobre beneficios para miembros que califican para “Ayuda Adicional” (“Extra Help”):

- Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID). El modelo VBID le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Como parte del Modelo VBID, Molina Medicare Complete Care ofrece la eliminación de los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Los miembros que reciben “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) tendrán costos compartidos reducidos (\$0) en todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. También puede llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio o cómo le ayudará.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para miembros con algunas afecciones crónicas

Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

Deberá presentar un formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud cada año que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se mencionan a continuación.

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.
- Diabetes.
- Enfermedad hepática en etapa terminal.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

- Insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD).
- Trastornos hematológicos graves.
- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos.
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos.
- Accidente cerebrovascular.

Revisaremos su elegibilidad anualmente para asegurarnos de que califica para el beneficio. Puede que se requiera autorización previa. Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de atención para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional.

Nota: al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud.

Para obtener más información, consulte la fila **Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas** en la siguiente Tabla de beneficios médicos.



Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal* Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja Los servicios cubiertos incluyen: hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada o una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y	No se aplica ningún coseguro ni copago a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja - no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/enfermeros especialistas clínicos (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: - una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y - una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte	No se aplica ningún coseguro ni copago a los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de ambulancia podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	
Examen físico anual (suplementario)* El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que solo pueden ser prestados por un médico, enfermera practicante o auxiliar médico. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.
 Visita preventiva anual* Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.
 Mediciones de masa ósea* Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. Una mamografía de detección se utiliza para la detección precoz del cáncer de mama. Una vez que se ha establecido un antecedente de cáncer de mamas, y hasta que no haya más señales o síntomas de cáncer de mamas, las mamografías continuas se consideran diagnóstico y se cubren bajo “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” en esta tabla. El beneficio anual de la mamografía de detección no está disponible para los miembros que tienen signos o síntomas de cáncer de mama.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Puede que se requiera autorización previa.
 Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)* Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta por reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Detección de enfermedades cardiovasculares* Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	No se aplica ningún coseguro ni copago a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (suplementarios)* Plan maximum of up to 12 visits every calendar year applies. Usted tiene acceso a servicios destinados a permitir el alivio de dolores, inflamaciones, hinchazones o adormecimientos en las piernas y los pies cuando uno o más de los huesos de su columna se descolocan de su posición. Puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna (limitados a ciertos procedimientos). Este beneficio cubre los mismos servicios que el beneficio quiropráctico cubierto por Medicare anterior, pero no requiere el mismo diagnóstico. Con este beneficio también puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna. Para saber si el servicio que necesita está cubierto por Medicare o cubierto por este beneficio suplementario, comuníquese con su proveedor de la red.	No se aplica ningún coseguro ni copago a los servicios quiroprácticos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer colorrectal* Los siguientes servicios están cubiertos: • 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No se aplica el deducible de la Parte B. Si su médico encuentra y elimina pólipos u otros tejidos durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad Medicare paga por algunos servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una	No se aplica coseguro o copago para estos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) parte integral del tratamiento específico de la afección 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. * Esto no es una garantía de cobertura. * Determinados procedimientos necesitan autorización previa. Su dentista presentará documentación como radiografías y una descripción para respaldar los procedimientos que son médicamente necesarios y que cumplen con las pautas clínicas aceptables.	
Servicios dentales (suplementarios)* Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de \$4,000 por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales y suplementarios, incluyendo dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios. Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios). • Exámenes bucales ◦ Hasta 2 por año calendario, ya sea D0120, D0140, D0150 o D0180 permitido una vez por proveedor O por centro de por vida. • Radiografías dentales ◦ Hasta 4 radiografías panorámicas de mordida (D0272/D0274, D0273) por año calendario ◦ Hasta 6 periapicales (D0220/D0230) por año calendario ◦ 1 panorámica (D0330) cada 5 años calendario ◦ 1 tomosíntesis intraoral-serie completa (D0372) cada 5 años calendario ◦ D0330 y D0372 permitidos una vez cada 5 años calendario; no se cubre con D0272 o D0274 en el mismo año calendario.	No se aplica coseguro o copago para estos servicios. No todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista pueden estar cubiertos. Solicite al dentista que le indique lo que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su bolsillo. Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los servicios solo están disponibles cuando son proporcionados por dentistas contratados dentro de la red. Si recibe atención de un proveedor dental fuera de la red, debe pagar su propia atención.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (suplementarios)* • Profilaxis (limpiezas) ◦ Hasta 2 cada año calendario (D1110). • Tratamiento con flúor ◦ Hasta 2 por cada año calendario (D1206, D1208). • eriodonciacia (limpieza de sarro profunda) ◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años calendario. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342. • Periodoncia (desbridamiento) ◦ Hasta 1 cada año calendario (D4355) ◦ Hasta 2 cada año calendario (D4910) • Servicios de restauración (rellenos) ◦ Hasta 6 restauraciones cada año calendario de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama cubierta (D2140-D2161; D2330-D2335; y D2391-D2394). • Extracciones (simples) ◦ Hasta 8 cada año calendario (D7140) • Extracciones (quirúrgicas) ◦ Hasta 3 cada año calendario (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) • Incisión y drenaje ◦ Hasta 1 por diente de por vida (D7510, D7511, D7520, D7521) • Coronas y reparación de coronas ◦ Hasta 2 cada año natural; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2530, D2542-D2544, D2620, D2630, D2642-D2644, D2650-D2652, D2662-D2664, D2710-D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2781-D2783, D2790-D2794, D2799, D2951-D2954). • Endodoncias/Tratamientos de conducto ◦ Hasta 1 por diente, cada año calendario (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) • Dentaduras postizas ◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa, inmediata o parcial) cada 3 años calendario; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas	Para encontrar un proveedor dental dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente: 1. llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o 2. buscar en Internet usando nuestra herramienta de búsqueda en la Internet de proveedores dentales suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare. Se requiere autorización previa para el cuidado dental integral.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (suplementarios)* ◦ Hasta 4 cada año natural D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) • Tratamiento paliativo de emergencia ◦ Hasta 4 cada año calendario (D9110) • Anestesia (sedación profunda e intravenosa) ◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9239, D9243). Estos códigos pueden ser actualizados por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental de ADA, llame a Servicios para Miembros. Su número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que requiera el plan. Los servicios cosméticos que no están cubiertos por el plan.	
 Examen de detección de depresión* Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes* Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses, después de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes* Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Monitores de glucosa (azúcar) en sangre - Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa. - Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. ◦ Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre. - Las tiras de prueba de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden estar limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. - True Metrix es nuestro fabricante preferido de suministros para diabéticos. Consulte nuestro formulario del plan para obtener más información o llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional. ◦ Soluciones para control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Los servicios diabéticos cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: ◦ Examen de la vista y pruebas de glaucoma anuales. ◦ Exámenes de los pies. ◦ Servicios de tratamiento nutricional médico (Medical Nutrition Therapy, MNT).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. Consulte “Cuidado para la visión” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podiatría” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT). Es posible que se requiera autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos. No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. 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. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.	No se aplica coseguro o copago para estos servicios. Puede que se requiera autorización previa. No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo) o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) pueden estar cubiertos conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia. Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año calendario para la atención de emergencia y posterior a	No se aplica coseguro o copago para estos servicios. Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según se describe en “Atención para pacientes internados” en esta tabla. Su costo compartido es el mismo para los servicios de emergencia dentro de la red o fuera de la red. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O debe recibir su atención durante hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención médica de emergencia la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)* Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un equipo para ejercitar en casa. El equipo le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Las opciones para ejercitarse en casa incluyen la elección de un rastreador de actividad física, kits de fuerza o de yoga. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los equipos están sujetos a cambios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.
Programas educativos sobre salud y bienestar* Programas de control de la salud Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una afección médica diagnosticada. Los programas incluyen: • Control del asma. • Control de la depresión. • Control de la diabetes. • Control de la presión arterial alta. • Control de enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD). • Control de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). • Programa para embarazadas. Hay materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado disponibles. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor. Inscripción en Programas de control de la salud: • Se le inscribe automáticamente en los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia. • También se puede inscribir a través de su proveedor o autorreferirse.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar* Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse. Cancelación de la inscripción a Programas de control de la salud: • Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento. Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Control de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, 6 a. m. a 6 p. m. (hora estándar del Pacífico). Programas de Promoción de la Salud Otros programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida también están disponibles, tales como: • Un programa para dejar de fumar. • Un programa para el control de peso. Para obtener información o materiales para dejar de fumar o controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, 6 a. m. to 6 p. m. (hora estándar del Pacífico). Asesoría nutricional/alimentaria Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla. Línea de Consejos de Enfermería Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una afección médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería es: (888) 275-8750, (TTY/TDD: 711) Una enfermera registrada le ayudará a determinar si usted puede gestionar su atención médica en su hogar o si necesita de la atención de un profesional médico.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar* Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas. No es necesario contar con una derivación o autorización previa Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare) Los exámenes auditivos y de equilibrio de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando son realizados por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado. Los exámenes de diagnóstico auditivo y equilibrio cubiertos por Medicare se realizan para determinar si necesita o no tratamiento médico. El examen se basa solamente en una necesidad médica, como una pérdida auditiva debido a un malestar, una enfermedad, lesión o cirugía.	No se aplica coseguro o copago para estos servicios.
Servicios auditivos (suplementarios)* Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario. Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono. Para encontrar un proveedor de la audición dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente: 1. llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o 2. buscar en línea usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores de la audición suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare. El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario. Si le dicen que necesita aparatos auditivos, puede recibir hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años calendario para ambos oídos combinados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de VIH* Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • El entrenamiento y la capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
Cuidados paliativos* Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla, o sobre los cuales tiene una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare y no Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) efectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidados paliativos* <u>Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan y cumpla normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, solamente paga el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “arancel por servicio” de Medicare (Original Medicare). <u>Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), pero no por Medicare Parte A o B:</u> Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).	cuidados paliativos. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este servicio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidados paliativos* Nota: si necesita cuidados no paliativos (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 Inmunizaciones* Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones contra la gripe (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales (o vacunas) si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina.	Usted paga \$0 por una internación en el hospital de entre 1 y 90 días por período de beneficios. Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días por período de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos y medicinas. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados. • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a un lugar local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera, • Servicios del médico. Nota: para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien	estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. • Usted puede obtener estos servicios ya sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que solo atiende a personas con problemas de salud mental. • Si usted está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), Medicare solo paga hasta 190 días de servicios de internación psiquiátrica durante su vida. • Si usted utilizó parte de su límite de por vida de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, entonces el número de días de hospital de por vida cubiertos se reduce por la cantidad de días de hospitalización para tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días. Medicare no cubre: • Servicios privados de enfermería. • Un teléfono o televisor en su habitación. • Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria).	Usted paga \$0 por una internación en el hospital de entre 1 y 90 días por período de beneficios. Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días por período de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Puede que se requiera autorización previa.
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en	Consulte el beneficio en esta tabla para entender su parte del costo por:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta el centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	• “Servicios de médicos/ proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico”. • “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias”. • “Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados”. • “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficio de alimentos (Suplementario)* Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un tiempo. Su Administrador de Casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año calendario. Su Administrador de Casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
 Terapia de nutrición médica* Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Programa de prevención de diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)* Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué estudios y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia progresiva. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer por vía oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los medicamentos antináuseas orales que se usan como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antináuseas intravenoso. • Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento por vía oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen, Procrit, Retacrit, Epoetin Alfa, Aranesp, Darbepoetin Alfa, Mircera o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare También cubrimos otras vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. En algunos casos, requerimos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la afección, pero el Medicamento A cuesta menos, es posible que deba probar primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B. Puede obtener más información sobre cómo determinamos si la terapia progresiva es necesaria en MolinaHealthcare.com/Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Tarjeta MyChoice La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito de beneficios precargada que puede usarse para pagar ciertos beneficios suplementarios del plan, como los siguientes: • Elementos de venta libre. • Alimentos y productos agrícolas*. *Se aplican requisitos de elegibilidad. La tarjeta de débito precargada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los fondos se cargan a la tarjeta en cada mes. Al final de cada mes, el dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de la fecha de cancelación de su inscripción. Las asignaciones para tarjetas MyChoice solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Para obtener más información sobre cómo calificar para el beneficio de Alimentos y productos agrícolas bajo Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas, llame a Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). A fin de acceder a las asignaciones para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), los miembros deben tener una afección crónica que califique; contar con una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) válida realizada para su inscripción actual a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del médico junto con Administración de Casos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en esta tabla para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible a su tarjeta MyChoice.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Asesoramiento nutricional (suplementario)* Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un “Formulario para remisión de educación para la salud” de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarlo. • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Usted también puede obtener hasta 12 sesiones individuales presenciales o grupales cada año calendario. Su proveedor lo referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento prolongado* Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Servicios de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. • Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento para el trastorno de abuso de sustancias.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero esta puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento con opioides.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de programas para tratamiento de opioides • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera, • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias: servicios de diagnóstico no radiológicos como electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en la cinta motorizada. • Servicios radiológicos diagnósticos (tanto complejos como no complejos) tales como exámenes especializados, TC, SPECT, PET, MRI, MRA, estudios nucleares, ultrasonidos, mamografías diagnósticas y procedimientos radiológicos intervencionistas (mielografía, cistograma, angiograma y estudios de bario).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Puede que se requiera autorización previa. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Los servicios hospitalarios ambulatorios están cubiertos bajo otros beneficios en esta tabla. Consulte estos y otros beneficios cuando se ofrece atención en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios: • “Atención de emergencia”. • “Cobertura internacional de emergencia/urgencia”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	• “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias”. • “Cirugías ambulatorias provistas en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios”. • “Hospitalización parcial”. Puede que se requiera autorización previa. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.
Atención médica de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (Nurse Practitioners, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes aplicables del estado. Su cobertura de salud mental para pacientes ambulatorios de Medicare incluye: • Un examen de detección de depresión cada año calendario. El examen de detección debe realizarse en el consultorio de un médico de atención primaria o una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamientos de seguimiento y remisiones. • Psicoterapia individual y grupal con médicos o ciertos profesionales licenciados permitidos por el estado donde usted recibe los servicios.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Consulte “Examen de detección de depresión” en esta tabla para su examen de detección anual de depresión. Consulte “Hospitalización parcial” en esta tabla si necesita este tratamiento de salud mental ambulatorio cubierto por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención médica de salud mental ambulatoria • Asesoría familiar, si el propósito principal es ayudarle con su tratamiento. • Pruebas para ayudar a determinar si usted está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando. • Evaluación psiquiátrica. • Administración de medicamentos.	
Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Cubrimos atención médica ambulatoria para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de medicamentos farmacéuticos. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos así como también asesoramiento tradicional.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria Nota: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
Elementos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (suplementario)* Usted obtiene \$55 cada mes para gastar en elementos, productos y medicamentos de OTC aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice.	No se aplica coseguro ni copago si utiliza su tarjeta MyChoice.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Elementos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (suplementario)* Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes. Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta médica como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío, y vendas. Puede hacer su pedido: • En línea: consulte NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. Consulte su Catálogo de productos OTC de 2025 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de productos OTC de 2025.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la internación en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural, el cual es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial. Este tratamiento se administra durante el día en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario de salud mental y no requiere que se quede a pasar la noche.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar para cobertura y su médico debe certificar que usted de lo contrario necesita tratamiento como paciente hospitalizado.	
Sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) (suplementario)* El PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si cumple los requisitos, se le entregará un dispositivo móvil, celular o fijo y un dispositivo pequeño colgante que deberá llevar en todo momento. El dispositivo colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con solo presionar un botón, se le conectará con un Representante del Centro de Atención de la compañía de monitoreo. Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Tanto si necesita un servicio médico urgente como si necesita la asistencia de un familiar, el representante del Centro de Atención le conseguirá la ayuda que necesita. Los miembros que reúnen los requisitos también recibirán niveles de servicio PERSPlus. Al usar su dispositivo móvil o PERS en el hogar, puede activar su botón para necesidades que no sean de emergencia. Si se siente solo o desea hablar con alguien; si necesita ayuda para programar su cita con el médico, organizar el transporte; o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, el representante del Centro de Atención lo ayudará y podrá conectarlo con Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) o con su administrador de casos para obtener la asistencia que necesita.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Su Administrador de Casos decidirá si usted califica para este beneficio. Se requiere autorización previa.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. Puede que se requiera autorización previa. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico los indica para determinar si requiere tratamiento médico.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico • Ciertos servicios 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 encontrar un proveedor de la red, visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. ◦ Las consultas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. ◦ 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. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal 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. Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: ◦ Asiste a una consulta presencial 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. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico • 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: ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la revisión no deriva en una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Se realizará 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: ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por Internet o a los registros electrónicos de salud. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían si son provistos por un médico). Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud proporcionados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos calificados. • Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios si usted está tomando medicamentos anticoagulantes, como Coumadin, Heparin o Warfarin.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de podiatría (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Puede que se requiera autorización previa.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata* Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.
Dispositivos prostéticos y ortóticos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: prueba, colocación o capacitación en el uso de dispositivos prostéticos y ortóticos, y también: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y ortóticos y la reparación o el reemplazo de esos dispositivos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.	No se aplica coseguro ni copago para los miembros elegibles para este servicio. Puede que se requiera autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	No se aplica coseguro ni copago para los miembros elegibles para este servicio. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol* Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si está apto y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)* Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-años y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón por LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial: el miembro debe recibir una orden escrita para una LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con una LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección para enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas* Cubrimos exámenes de detección para enfermedades de transmisión sexual (ETS): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ETS cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de ETS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de ETS cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra fuera del área de servicio de manera provisional, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional). • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación para autodiálisis (incluye 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.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.	
Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: - Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). - Comidas, incluidas dietas especiales. - Servicios de enfermería especializada. - Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. - Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). - Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde las primeras tres pintas de sangre que necesita. Incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de análisis de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar sangre tanto usted como otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. - Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. - Análisis de laboratorio normalmente provistas por los SNF. - Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.	No se aplica ningún coseguro o copago a lo siguiente: Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/proveedores médicos. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en el caso de ciertas afecciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Un hogar para personas mayores o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)* <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (suplementarios)* Si quiere dejar de fumar debe hablar con su médico de atención primaria o llamar al Departamento de Educación para la Salud. Además de la cobertura ofrecida bajo el beneficio para dejar de fumar y de usar tabaco de Medicare, el plan cubre 8 servicios de asesoramiento adicional cada año calendario para ayudar a dejar de fumar o usar productos de tabaco. Usted debe agotar su beneficio para dejar de fumar cubierto por Medicare antes de que el plan pague por la cobertura de este beneficio.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. Deberá presentar un formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud cada año que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se mencionan a continuación. Su elegibilidad será revisada anualmente y es posible que se requiera autorización previa. • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas. • Trastornos autoinmunitarios. • Cáncer. • Trastornos cardiovasculares. • Insuficiencia cardíaca crónica. • Demencia. • Diabetes. • Enfermedad hepática en etapa terminal. • Insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD). • Trastornos hematológicos graves. • VIH/SIDA. • Trastornos pulmonares crónicos. • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. • Trastornos neurológicos. • Accidente cerebrovascular.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible si utiliza su Tarjeta MyChoice. Es posible que se requiera la participación en un programa de manejo de cuidados. Los miembros también deben tener la aprobación del médico para las pruebas basadas en la falta de información médica histórica. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de atención para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud. Alimentos y productos agrícolas Si es elegible, podrá gastar \$50 per month en sus beneficios de Alimentos y productos agrícolas. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente. Puede utilizar la asignación de su tarjeta de débito precargada para comprar una variedad de alimentos saludables de marca y genéricos en su tienda local más cercana participante, o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina.	
Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas.	No se aplica coseguro ni copago para los miembros elegibles para este servicio. Puede que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET puede tener cobertura que supere las 36 sesiones en un período de más de 12 semanas con 36 sesiones adicionales en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
Transporte no de emergencia (suplementario)* Su cobertura incluye hasta 24 viajes de trayecto simple cada año calendario a lugares aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia. Puede usar este beneficio cuando necesite ir y venir a lugares aprobados por el plan. Las ubicaciones aprobadas por el plan son lugares donde puede recibir servicios y atención que cubrimos. Por ejemplo, el consultorio de su médico, el consultorio del dentista y la farmacia son todas ubicaciones aprobadas por el plan. Los transportes a destinos que no sean hospitalarios como supermercados, centros de acondicionamiento físico (gimnasios) y centros para adultos mayores no están cubiertos. <u>Cómo funcionan los viajes de trayecto simple</u> Los viajes de transporte se cuentan como viajes de trayecto simple. Recoger al paciente en una ubicación y dejarlo en otra ubicación es considerado un viaje de trayecto simple. Por ejemplo, si usted va al consultorio de su médico, y luego a la farmacia para surtir cualquier nueva receta antes de regresar a casa, usted usaría 3 viajes de trayecto simple. • 1.º viaje de trayecto simple: desde su casa hasta el consultorio de su médico. • 2.º viaje de trayecto simple: desde el consultorio de su médico hasta el consultorio de su dentista. • 3.º viaje de trayecto simple: del consultorio de su dentista hasta su hogar. Una parada en la farmacia después de una cita médica no se contará como un viaje de trayecto simple, pero nuestro proveedor de transporte deberá estar informado de la parada en la farmacia con antelación. Los viajes hacia y desde la farmacia cuando el viaje no sea posterior a una cita médica se contarán como 2 viajes de trayecto simple. Necesitará autorización previa si viaja más de 100 millas para un viaje de trayecto simple. Llame a nuestro proveedor de transporte o a nuestro Departamento de Atención al Miembro para recibir ayuda con una autorización.	No se aplica coseguro o copago para estos servicios. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su cantidad máxima de viajes. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Puede que se apliquen reglas de autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Transporte no de emergencia (suplementario)* Si usted necesita viajar al mismo lugar con frecuencia, y nosotros lo autorizamos, no tendrá que obtener una nueva autorización cada vez. <u>Cómo programar</u> Para las citas que hace con anticipación, como visitas al médico o exámenes de la vista: • Tenga a mano el número de identificación de miembro del plan y la información sobre su cita cuando llame. • Debe llamar a la línea de reservas al menos 2 días antes de su cita para reservar un viaje. • Las reservaciones se pueden hacer hasta con 30 días de antelación. • Las reservaciones para repetir citas para servicios como quimioterapia, radioterapia, terapia física o diálisis se pueden programar durante un período de 90 días de una vez. • Si va a necesitar ayuda para subir y bajar del vehículo, indique su situación a nuestro proveedor de transporte cuando llame para programar su viaje. • 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. Para citas de atención de rutina, urgencia, altas hospitalarias o para averiguar dónde se encuentra su transporte, puede llamar a nuestro proveedor de transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los viajes a la sala de emergencias o entre salas de emergencia no están cubiertos bajo este beneficio de transporte que no es de emergencia. Sin embargo, un viaje desde la sala de emergencias después del alta de regreso hasta su casa está cubierto. Si necesita una silla de ruedas o bastón, debe traer el suyo. Si usted no tiene una silla de ruedas cuando le den de alta del hospital, comuníquese al proveedor de transporte. Si tiene un conductor que tenga una silla de ruedas plegable, harán todo lo posible para ayudarle. De lo contrario, se lo informarán y le darán instrucciones de los pasos a seguir. <u>Qué puede esperar</u> • El conductor puede llegar hasta 15 minutos antes o después de la hora programada para recogerle. • Usted debe estar listo para salir en cuanto el conductor llegue.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Transporte no de emergencia (suplementario)* • Si usted llama para que lo lleven después de su cita, el conductor lo recogerá en un plazo de 60 minutos. • Si el conductor tiene más de 15 minutos de retraso, llame a nuestro proveedor de servicios de transporte para que le asista. No llame al conductor que lo dejó. <u>Si necesita cancelar</u> • Si ya no necesita transporte, debe cancelar su reserva con al menos 24 horas de anticipación. Si el transporte no se cancela antes de que el conductor haya sido enviado, el transporte se aplicará y se deducirá de su límite de transporte anual. <u>Tipos de transporte</u> Tipos de vehículos que se pueden utilizar: • Servicios con un sedán, una van, un taxi o un vehículo compartido, si usted puede caminar. • Un vehículo con elevador de silla de ruedas, si tiene movilidad limitada. • Si usted puede caminar y quiere usar el autobús, dígaselo a nuestro proveedor de transporte y le enviarán un vale de autobús para llegar a su cita. El tipo de vehículo para transportarlo dependerá de su movilidad y necesidades físicas. Usted no puede elegir el tipo de vehículo. Si es necesario, nuestro proveedor de transporte puede llamar a su médico para asegurarse de que se envíe el tipo de vehículo correcto para recogerle. Una vez que se agota este beneficio, si tiene cobertura médica de Medicaid, puede tener acceso a un beneficio de transporte que no sea de emergencia de Medicaid que cubrirá los viajes a su PCP y otros proveedores. Para obtener más información, comuníquese con su asegurador de Medicaid. El plan cubrirá el transporte para viajar hacia sus citas médicas o desde éstas, si el mismo es un servicio cubierto. El plan cubre hasta 24 viajes de trayecto simple cada año. Los tipos de transporte que no sea de emergencia incluyen: • Servicios con un sedán, una van, un taxi o un vehículo compartido, si usted puede caminar.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Transporte no de emergencia (suplementario)* • Un vehículo con elevador de silla de ruedas, si tiene movilidad limitada. Una vez que se agota este beneficio, si tiene cobertura médica de Medicaid, podría tener acceso a un beneficio de transporte que no sea de emergencia de Medicaid, el cual cubrirá los viajes al consultorio de su proveedor de atención primaria y otros proveedores. Para obtener más información, comuníquese con su asegurador de Medicaid.	
Servicios requeridos urgentemente Es un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia pero que es un servicio urgentemente necesario, y cuando usted se encuentra de modo temporal fuera del área de servicio del plan o incluso si está dentro del área de servicio del plan, en una situación que no sea razonable, debido al horario, el lugar y las circunstancias, para obtener servicios de proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir servicios requeridos urgentemente y cobrarle solo el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina necesarias al proveedor, como chequeos anuales, se consideran un servicio urgentemente necesario incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan está temporalmente disponible. La atención de urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) puede estar cubierta conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia o urgencia. Ofrecemos una cobertura de emergencia internacional de hasta \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de cuidados de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio.
 Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	No se aplica coseguro ni copago para los miembros elegibles para este servicio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más y latinoamericanos que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	
Cuidado para la vista (suplementario)* ¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: La cobertura incluye: • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. • Una asignación para elementos para la vista. Puede usar su asignación de \$300 para artículos ópticos para comprar: • Lentes de contacto*. • Anteojos (lentes y armazones). • Lentes o armazones de anteojos. • Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación para artículos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidado para la vista (suplementario)* lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos ópticos del plan. \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.	
 Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare* El plan cubre una visita preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una visita preventiva de Bienvenida a Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)* Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta \$10,000 cada año calendario para atención de emergencia/cuidado urgente a nivel internacional fuera de Estados Unidos (EE. UU.). Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como de atención de emergencia o urgente si la atención se proporciona en los EE. UU. La cobertura mundial incluye atención de emergencia o requerida urgentemente, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar donde ocurre hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización. Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su afección médica y las circunstancias lo permitan.	No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)*	
El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos.	Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de EE. UU.
Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos.	
EE. UU. cubre los 50 estados, Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	Se aplica un máximo del plan de \$10,000 cada año calendario para este beneficio.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)?**Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)****SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 4.1 Servicios que no están cubiertos por el plan O Medicaid**

En esta sección, se describen los servicios “excluidos”.

En la siguiente tabla, se describen algunos servicios y elementos que no están cubiertos por el plan en ningún caso o están cubiertos por Medicaid solamente en determinados casos.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se realiza una apelación sobre el servicio y, tras la apelación, se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando decidimos no cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna condición	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y elementos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		• Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Lea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos en ninguna condición	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	No cubiertos en ninguna condición	
Los servicios de ama de llaves que incluyen ayuda con las tareas del hogar básicas, como la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.		Algunos servicios pueden estar cubiertos por su beneficio suplementario de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services). Consulte “Servicios de Apoyo en el Hogar” en la Tabla de Beneficios Médicos anterior para obtener más información.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna condición	
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies		El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que está incluido en el costo del dispositivo, o el calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Sala privada en un hospital.		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	No cubiertos en ninguna condición	
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna condición	
queratotomía , cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		Este plan ofrece cobertura adicional para la vista. Consulte “Cuidado para la vista” en la Tabla de Beneficios, Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Cuidado de los pies de rutina.		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
medicamentos recetados de la Parte D*

FINAL

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa de “Ayuda Extra (Extra Help)”, es posible que cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]*), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su Cláusula Adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo describe **las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, en este capítulo, *Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “Lista de Medicamentos”). (Lea la Sección 3 en este capítulo, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinadas fuentes. (Consulte la Sección 3 en este capítulo para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información sobre restricciones a su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos comprende todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (MolinaHealthcare.com/Medicare) o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda al Departamento de Servicios para Miembros o consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede obtener esta información si ingresa a nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Necesitará adquirir algunos medicamentos recetados 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 a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, consulte con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- 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 especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” (no disponibles para pedidos por correo, No Mail Order) en nuestra "Lista de Medicamentos".

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en menos de 14 días. Si hay una necesidad urgente o si el pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta médica.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, retrasar o suspender la nueva receta médica.

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 comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar las renovaciones programadas si todavía tiene una cantidad suficiente de medicamento o si se lo cambiaron.

Si elige no utilizar nuestro programa de renovación automática, pero aún desea que el servicio de farmacia por correo le envíe su receta médica, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su receta médica actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa que prepara de forma automática las renovaciones de pedidos por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si recibe automáticamente una renovación por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte de distribución de costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan**Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Le pedimos que primero se comunique con Servicios para Miembros** a fin de que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que podemos cubrir medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- 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 un período menor.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe recurrir a una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que le surten su receta médica. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de Medicamentos del plan**Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos en forma abreviada Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

con Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento que:

- la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó para el diagnóstico o la afección para los que se recetó; o
- cuenta con el apoyo de determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Para recibir más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de Medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. (para obtener más información, consulte el Capítulo 9).
- La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos**

Existen cuatro (4) maneras de verificar esto:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (MolinaHealthcare.com/Medicare). La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilizar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (Caremark.com o llamar a Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?**

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para recomendarles a usted y a su proveedor cómo utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o distribución de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Límites de cantidad: podemos restringir la cantidad de recetas según la seguridad y la eficiencia.
- Autorización previa: el plan puede utilizar estos requisitos de aprobación previa para asegurar que el medicamento se esté utilizando de forma adecuada para tratar sus necesidades de salud.
- Terapia escalonada: podemos requerir que intente con otros medicamentos antes de recibir el medicamento solicitado.
- B vs. D: algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

Limitar el uso de medicamentos 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. En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca registrada o producto biológico original está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca registrada o producto biológico original. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted O indica “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca O producto biológico original o nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca o producto biológico original en lugar del medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

De acuerdo con este requisito, se recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos, el plan puede solicitarle que primero intente usar el medicamento A. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Hay veces en las que hay un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted o su proveedor considera que debe tomar, que no se encuentra en nuestro formulario o que se encuentra en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto.
- Si el medicamento que usted utiliza no está en la lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si el medicamento que utiliza no está en la Lista de Medicamentos o existen restricciones, tendrá las siguientes opciones:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por un máximo de 31 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 31 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Para miembros que están en el plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de cuidados prolongados y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta médica es por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

- Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, como una terapia escalonada o límites de cantidades (límites de dosis), cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para que se le surtan medicamentos de forma provisional por única vez, aunque ya hayan pasado sus primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son de la “Parte D” y compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame a Servicios para Miembros.

Durante el período en el que usted usa un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este puede asistirlo para solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el año siguiente, le haremos saber cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 7 para obtener más información sobre cómo proceder. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a una categoría de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos estará en la misma categoría de distribución de costos o en una categoría inferior con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Le avisaremos con una antelación de, al menos, 30 días antes de hacer el cambio o le diremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de días de la versión del medicamento que toma.
- **Remoción de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber de después que hagamos el cambio.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**• Implementación de otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le avisaremos con una antelación de, al menos, 30 días antes de hacer estos cambios o le diremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 31 días del medicamento que toma

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su recetador sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o su recetador pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si sigue en el mismo plan.

En general, los siguientes son los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual:

- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener más información sobre apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido usted deberá pagarlo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Usualmente, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas fuentes, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Administración de Medicamentos y Alimentos.

También, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

- Medicamentos no recetados (también llamados de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía
--

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía del plan, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* monto del costo cuando retira el medicamento recetado.

Debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro del plan de Medicaid New Mexico para surtir las recetas médicas cubiertas por Medicaid.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su información de membresía con usted?**

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando surte su receta médica, usted o la farmacia puede llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es probable que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2, para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?**

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de cuidados especializados, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de cuidados prolongados (long-term care, LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados prolongados (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo.** Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

En general, si tiene cobertura a través de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre cobertura acreditable:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan de grupo es **válida**, esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura válida, ya que podría necesitarlo luego. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos Parte D, posiblemente necesite este aviso para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare?

Los centros de cuidado paliativo y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en un centro de cuidado paliativo de Medicare y requiere determinados medicamento (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no se encuentran cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidado paliativo de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidado paliativo o al recetador que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta médica.

En el caso de que renuncie a su elección de cuidado paliativo o sea dado de alta del centro de cuidado paliativo, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura**

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas médicas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos recetadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con su recetador para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con su recetador, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o de benzodiazepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de un recetador en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un recetador o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué recetador o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo asignaremos a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo cuidados paliativos o terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un costo específico o quienes son parte de un DMP en el que se ayuda a los miembros a consumir opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si cumple los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá qué medicamentos está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted debe pagar por los
medicamentos recetados de la Parte D*

FINAL

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa de “Ayuda Extra (Extra Help)”, es posible que cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos* [Low Income Subsidy, LIS]), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su Cláusula Adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra medicamento para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son Medicamentos Parte D; algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (vea el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos

Existen diferentes tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se llama costo compartido y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se considera costos de su bolsillo y lo que *no*.

Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de su bolsillo.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos están incluidos en los costos de su bolsillo

Los costos de su bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya respetado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Brecha en Cobertura
- Todos los pagos que usted realizó durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de registrarse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en los costos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos de su bolsillo si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el sida, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté autorizado por Medicare o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos efectuados por el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare están incluidos en los costos de bolsillo. La suma que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la etapa de cobertura de catástrofe:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en costos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en los costos de su bolsillo

Los costos de su bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- La suma que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de los costos de su bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo puede mantener un registro del total de los costos de su bolsillo?

- Nosotros lo ayudaremos. El informe de la Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000 ,se le indicará en este informe que dejó la Etapa de Brecha en Cobertura y pasó a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.
- Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos. En la Sección 3.2, se especifica lo que puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que gastó en forma completa y actualizada.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento**Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)?**

Existen cuatro etapas de pagos de medicamentos para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Tendrá \$0 de costo compartido en los medicamentos cubiertos de la Parte D, en las cuatro etapas de pago de medicamentos con el beneficio mejorado del diseño de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID). Calificará para el VBID y \$0 de costo compartido si ha sido aprobado para un subsidio para personas de bajos ingresos, también conocido como el programa de “Ayuda Adicional” (“Extra Help”). Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa Sin Cobertura

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Etapas 4: Etapa de Cobertura Catastrófica**

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por Insulina: su costo dependerá del subsidio por bajos ingresos de cada persona. Si no recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) para pagar sus costos de medicamentos recetados, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido que tenga.

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1	Enviamos un resumen mensual llamado Descripción de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)
--------------------	---

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los **costos de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos el control del **costo total de sus medicamentos**. Esto es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra el costo total por medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el costo total por medicamentos y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada pedido de receta médica, si corresponde.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos**

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Exhiba su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas médicas que surte y cuánto está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos las copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos médicos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
 - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.

Si recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Los miembros del plan pueden acceder a sus EOB en línea en [Caremark.com](https://www.caremark.com). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

No existe deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere
--------------------	--

En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber en qué situaciones surtiremos una receta médica en una farmacia fuera de la red.
- El servicio de farmacia por correo del plan.

Si desea obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	---

En la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa de “Ayuda Extra (Extra Help)”, es posible que cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un anexo, titulado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para la compra de medicamentos recetados (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy,

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

LIS]), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su Cláusula Adicional LIS.

Grupo	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red)	Distribución de costos de pedido por correo	Distribución de costos de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)	Distribución de costos fuera de la red
	(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Medicamentos Genéricos y Medicamentos Preferidos de Múltiples Proveedores	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Todos los demás medicamentos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre la distribución de costos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, puede que no deba pagar el costo del suministro de todo el mes

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su doctor deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su doctor que recete, y a su farmacéutico que proporcione, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de renovación de las diferentes recetas médicas.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, no deberá pagar por el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento**

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Medicamentos Genéricos y Medicamentos Preferidos de Múltiples Proveedores	\$0 de copago	\$0 de copago
Todos los Demás Medicamentos	\$0 de copago	\$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los \$2,000

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la *Parte D* que recibe le ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, pagaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de gastos de bolsillo en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Lea la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Ingresa en la Etapa de Cobertura de Catástrofe cuando los gastos de su bolsillo alcancen el límite de \$2,000 por el Año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

En esta etapa, el plan pagará el gasto completo por sus medicamentos.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D: lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que recibió
por servicios médicos o medicamentos
cubiertos*

FINA

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos, usted no debe recibir una factura por ello. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó algún servicio o elemento de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (suele usarse la palabra reembolso para hacer referencia a esta devolución de dinero). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reintegraremos el costo de los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de la distribución de costos, como se explica en este documento. Primero intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar el servicio, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si el proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, debe pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reintegro por. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó del servicio, le reintegraremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por sus servicios.

- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya le pagó a un proveedor de la red, , envíenos la factura con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le devolvamos por los servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su propio bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su doctor para efectuar el reintegro de nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

7. Cuando ocurre un error de facturación en la Farmacia en referencia a un medicamento del formulario.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido****Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago**

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago. **Debe presentar su reclamo dentro de un (1) año calendario** posterior a la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare o solicite el formulario por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Reembolsos por servicios médicos:

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
O envíe un fax al (310) 507-6186

Reembolsos de los Medicamentos Recetados:

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente**Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsen el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos por la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o una parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	--

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

FINAL

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (866) 440-0127, October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Tiene derecho a programar consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si considera que no está recibiendo la atención médica correspondiente o sus medicamentos Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, se informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado Notificación de las Normas de Privacidad, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *debemos obtener por escrito su permiso o el de alguien a quien le haya otorgado autoridad legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, se requiere que no se divulgue la información que lo identifica de manera particular.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. 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 conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Su privacidad

Molina Healthcare of Arizona and New Mexico (“Molina”, “nosotros” o “nuestro”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información de salud en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de vigencia de este aviso es .

PHI significa información médica protegida. La Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) es información médica que incluye su nombre, su número de miembro u otros identificadores, y que es utilizada o compartida por Molina.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

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

Para tratamientos

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

Para los pagos

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

Para Funciones de Atención Médica

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

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**socios comerciales**”) que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para brindarle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

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

Además del tratamiento, el pago y las funciones de atención médica, la ley permite o exige que Molina use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

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

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

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

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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

- **Evaluar y Copiar Su PHI**

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

- **Modificaciones a su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

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

Usted puede pedirnos que le demos una lista de los terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

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

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

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

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Molina, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Attention: Medicare Appeals and Grievances

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801

Puede presentar una queja a la Secretaría del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

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

Este Aviso está sujeto a modificaciones

Molina se reserva el derecho de modificar los términos y las normas sobre la información de este Aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviará, o bien enviará información acerca del cambio importante y acerca de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. La llamada es gratuita.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o un medicamento Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las 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*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **El derecho a decir “no.”** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- Los formularios también están disponibles a través del enlace a Caring Connections en nuestro sitio web y en <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>
- **Completarla y firmarla.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si firmó una directiva anticipada y considera que un doctor u hospital no siguió las instrucciones en la misma, puede presentar una queja ante :

Para quejas sobre profesionales de atención médica:

NM Health

1190 S. St. Francis Drive

Santa Fe, NM 87505

Phone: (800) 445-6242

Website: <https://www.nmhealth.org/contact/report/>

Para presentar quejas sobre centros de atención médica y hospitales:

NM Health

1190 S. St. Francis Drive

Santa Fe, NM 87505

Phone: (800) 752-8649

Website: <https://www.nmhealth.org/contact/report/>

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a **Office for Civil Rights** de Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Office for Civil Rights local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a 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).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Derechos y protecciones de Medicare. (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Decirle a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar sus primas del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
- Si debe pagar la suma adicional para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en la última declaración de impuestos), le debe pagar la suma adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área planes de servicio, nos lo debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarle.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*¿Qué hacer si tiene algún problema o
queja?
(decisiones de cobertura, apelaciones,
quejas)*

FINA

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de **Medicare** o el proceso de **Medicaid**, o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que usted tiene:
 - Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para resolver otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**; también denominadas reclamos.

Medicare aprobó estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación en riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a cumplir con su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas que no están relacionadas con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division (Programa Medicaid de New Mexico) – Información de contacto
LLAME A	(505) 827-3100 Monday - Friday 8 a.m. to 5 p.m. MT
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	Medical Assistance Division P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348
PÁGINA WEB	https://www.hca.nm.gov/

Método	(Programa del Mediador de) – Información de contacto
LLAME A	
PÁGINA WEB	

Método	New Mexico's Long-Term Care Ombudsman Program – Información de contacto
LLAME A	(866) 432-2080

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Método	New Mexico's Long-Term Care Ombudsman Program –Información de contacto
	Monday – Friday from 8 a.m. to 5 p.m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Aging & Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
PÁGINA WEB	https://aging.nm.gov/long-term-care/ombudsman

Método	Acentra – (Organización de Mejoramiento de Calidad de New Mexico) – Información de contacto
LLAME A	(888) 315-0636 Monday - Friday from 9 a.m. to 5 p.m. local time; weekends and holidays from 10 a.m. to 4 p.m. local time
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?**

Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Continúe con la próxima parte de este capítulo, **Sección 4, "Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicare"**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **"Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicaid"**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación lo ayudará a identificar la sección correcta de este capítulo acerca de problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué sección de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de los beneficios de **Medicare**, utilice la siguiente tabla:

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (elementos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no y la modalidad de dicha cobertura, y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Pase directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas**.

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan 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). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para saber si un algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está conforme, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de tratar su apelación.

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida o

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de tratar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que cumplimos con las normas correctamente. Una vez que finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la apelación de Nivel 2.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede recurrir a los niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

Estos son recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita del** Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su doctor pueden hacer la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de Nombramiento Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Para la atención médica, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de Nombramiento Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe firmarlo usted y la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Solo se aplica a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los artículos médicos y los servicios.

En esta sección se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, o atención en centros de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de organización**. Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se resuelve en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede solo solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad de funcionar resultan perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le explique que aplicaremos las fechas límite estándares.
 - Se le explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - Se le explique que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándares.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Responderemos a su queja tan pronto como hayamos tomado la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sin embargo**, si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración**.
Una “apelación rápida” también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una decisión estándar se resuelve en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - , si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes del final del plazo extendido), trasladaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de 30 días calendario, o dentro de 7 días calendario, si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si nuestro plan deniega la totalidad o parte de su solicitud, en forma automática, enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . (Independent Review Entity, IRE).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.

No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su expediente del caso. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente, para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la solicitud estándar, si esta es por un elemento o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en cuestión dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para solicitudes estándares o dentro de las 24 horas después de la fecha en que recibimos la decisión de la organización para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **dentro de las 24 horas** después de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta:
 - explique su decisión;
 - Se le informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - le informe cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la trata un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos una factura que usted ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de costo generalmente dentro de los 30 días calendario, a más tardar, 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada. Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D****Términos legales**

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite que paguemos Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.**
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones**Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. 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 afección.
- Si denegamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el reintegro de un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico o recetador, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se explique que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Se le informe cómo se puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas después de recibirla.

Paso 2: solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Esto le puede hacer usted, su médico (u otro recetador) o su representante. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Fechas límite para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Por lo general, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aprobamos la totalidad o parte de su solicitud, debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es negativa, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (866) 440-0127.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. **En la Sección 6.4,** se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de su solicitud,** debemos proveer la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar con respecto a un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Paso 4: si respondemos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su doctor u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que se establecen y cómo puede comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, esta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud**, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud**, debemos **proveer la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización revisora **dentro las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a la totalidad o parte de su solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la organización rechaza la totalidad o parte de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina confirmar la decisión. También se denomina rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explique su decisión.
- Se le informe sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera requerir después del alta.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su doctor o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) le entrega el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Le indica:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital.
- Dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que esta es muy repentina. Es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.

2. Se le solicitará que firme el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener la información a mano sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros o 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 verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno Federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
 - Si cumple esta fecha límite, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si *no* cumple con este plazo, contáctenos. Si no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *tal vez deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **Aviso Detallado de Alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso Detallado de Alta llamando al Departamento de Servicios para Miembros o 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.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?**

- Si la organización responde *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios de hospitalización finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **tal vez usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación fue *negativa* y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad haya dado una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.***Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:***

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera 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.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: si se rechaza la apelación, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Puede presentarnos una apelación en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar de manera rápida para iniciar su apelación de Nivel 1 por su fecha de alta del hospital. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1**Paso 1: comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.**

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: efectuamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Paso 3: le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una revisión rápida.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa,** esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si respondemos negativamente a su apelación**, significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, entonces **tal vez usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es *negativa*, su caso será remitido *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . (Independent Review Entity, IRE).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: su caso será remitido automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente efectúa una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación**, debemos pagarle (reembolsarle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le informará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, la que es tratada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).*

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *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.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención. En el aviso se informa lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar su atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación **el mediodía anterior a la fecha de vigencia** indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad, aún puede tener derecho a apelar. Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación, le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden de manera afirmativa a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden de manera negativa?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, tal vez usted deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a 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.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta de manera afirmativa?

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide 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 de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una Apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es tratada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?**Puede presentarnos una apelación en su lugar**

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, los primeros dos niveles de apelación son diferentes

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 3: le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una revisión rápida.**

- **Si respondemos de manera afirmativa a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar, y continuaremos proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos de manera negativa a su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.**Términos legales**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. (Independent Review Entity, **IRE**).

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente efectúa una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde de manera *afirmativa* a su apelación**, deberemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si esta organización contesta de manera **negativa** a su apelación, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le informará por escrito cómo debe proceder si desea pasar a la apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una Apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador revisa la apelación. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su Apelación al Nivel 3 y más**Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico**

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.
-----------------------------	---

- Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador aprueban su apelación, el proceso de apelaciones **puede o no haber finalizado**. A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se presentará una Apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador no aprueban su apelación, el proceso de apelaciones **puede o no haber finalizado**.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba su apelación, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2, se le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el Consejo en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario después de haber recibido la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También se le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprobar o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Por ejemplo:
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y rechazamos su solicitud. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para otorgarle una decisión o apelación de cobertura. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente. En ese caso, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una Queja también recibe el nombre de reclamo. • Presentar una queja también recibe el nombre de presentar un reclamo. • Usar el proceso para quejas también recibe el nombre de usar el proceso para presentar un reclamo. • Una queja rápida también recibe el nombre de queja acelerada.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja**Paso 1: contáctenos inmediatamente – por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- **Trataremos de resolver su queja por teléfono.** Si no podemos resolver su queja por teléfono, realizaremos un procedimiento formal para revisar su queja. Esto se denomina proceso de quejas para miembros. Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Podemos tardar más si nos lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es lo mejor para usted. Si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja por escrito o presenta una queja sobre la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Lo tramitaremos como un reclamo acelerado si rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida o si nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación y usted no está de acuerdo con que debamos tomarnos más tiempo. Respondemos los reclamos acelerados en 24 horas.
- **La fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** La Organización de Mejoramiento de 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 la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede presentar su queja tanto ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**

Para obtener información adicional sobre los beneficios y/o procesos cubiertos por Medicaid, debería contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

FINAL

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Puede abandonar nuestro plan porque así lo *desea*. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos:
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente;
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática); o
 - Si es elegible, un Plan de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados “válida” por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento). Otro plan de salud de Medicare.

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de Inscripción Anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual**

Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual (también conocido como el “Periodo Anual de Inscripciones Abiertas”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o haga cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Su **membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

Recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo Abierto de Inscripción a Medicare Advantage**.

- El **Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.
- **Durante el Periodo de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados;
 - cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- Su **membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período de Inscripción especial

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción si le corresponde cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene New Mexico Medicaid.
- Si es elegible para que “Ayuda Extra (Extra Help)” pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para personas mayores o un hospital de atención a largo plazo.
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 puede obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: la Sección 2.1 le informa más acerca del periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir lo siguiente:
 - otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados;
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente;
 - u Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

Nota: si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: las secciones 2.1 y 2.2 le informan más acerca del Periodo especial de inscripción por personas con Medicaid y “Ayuda Extra (Extra Help)”.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Obtenga información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Llame a **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).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente. ◦ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • Usted también puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) será discontinuada cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	

Nota: si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con New Mexico Health Care Authority - Medical Assistance Division, al (505) 827-3100, TTY: 711, Monday - Friday 8 a.m. to 5 p.m. MT. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para que le surtan sus recetas médicas.**
- **Si lo hospitalizan el día que finaliza su membresía, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía del plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inadecuada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar una suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, llame a 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).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

FINAL

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, 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.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de acuerdo con las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección suplantando a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Una **facturación de saldos:** es cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), usted solo debe pagar las sumas de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones de saldo” o le cobren más de la suma de costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: La forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando se cumplen 60 días consecutivos sin que usted haya recibido un cuidado de hospitalización (o cuidado experto en un SNF). Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

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. (Ver también “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura catastrófica : la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Coseguro: un monto que es posible que se le exija que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Queja: El nombre formal para hacer una queja es presentar/hacer un reclamo. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es una adición a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier suma fija de “copago” que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier suma de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de Custodia: los Cuidados de Custodia son cuidados personales brindados en una residencia para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los Cuidados de Custodia, brindados por personas sin entrenamiento ni destrezas profesionales, incluyen ayudar a realizar actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama, sentarse en una silla y levantarse de esta, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

Tasa de costo compartido diario: Una “tasa de costo compartido diario” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por atención o recetas médicas antes de que pague nuestro plan.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía al plan.

Tarifa de Dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): en los D-SNP, se inscriben personas que tienen derecho a recibir tanto asistencia de Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está en período de gestación, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan exige autorización previa por un medicamento y usted quiere que anulemos la restricción de criterios, o si el plan establece límites sobre la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

“Ayuda Adicional” (“Extra Help”): un programa estatal o de Medicare para ayudar a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento Genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta por nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso una queja por la calidad de atención. No incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de Atención Médica Domiciliaria: una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de Cuidados Paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro cuya enfermedad terminal se certificó médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en un hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la prima estándar y una suma de ajuste mensual conforme a los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: El máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Período de Inscripción Inicial: período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se las conoce como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: producto biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos) : una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por ingresos bajos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional” (“Extra Help”).

Programa de descuento de fabricantes: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Máximo de gastos de su bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Médicamente Necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Arancel por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de Descuento del Período sin Cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa sin cobertura y no se encuentren recibiendo “Ayuda Adicional (Extra Help)”. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de vista, dentales, o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las faltas de cobertura en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan, o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la Red: una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. 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 referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los llama proveedores del plan.

Determinación de la Organización: una decisión de nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o acerca de cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Medicare Original (Traditional Medicare o Cargo por Servicio de Medicare [Fee-for-service Medicare]): el gobierno ofrece Medicare Original, y no lo ofrece un plan de salud privado, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por 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. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o Centro Fuera de la Red: un proveedor o centro no contratado por nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Gastos de bolsillo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de su bolsillo” del miembro.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios de atención médica, atención social y cuidados prolongados (Long-Term Care, LTSS), y está destinado a ayudar a que personas débiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para personas mayores) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Umbral de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: El monto que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D. Si pierde la “Ayuda Adicional” (“Extra Help”), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos Protésicos y Ortóticos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y tratamiento de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

“Herramienta de Beneficios en Tiempo Real”: un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro sobre beneficios y formulario. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos del formulario 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: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Se cancelará su inscripción al plan si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos de los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera profesional o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia Escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios: es un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia pero que es un servicio urgentemente necesario, y cuando usted se encuentra de manera temporal fuera del área de servicio del plan o en una situación en que no sea razonable, debido al horario, el lugar y las circunstancias, obtener servicios de proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina necesarias al proveedor, como chequeos anuales, se consideran un servicio urgentemente necesario incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan está temporalmente disponible.

Medicare Language Assistance Services



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-866-440-0127 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-440-0127. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-440-0127. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-866-440-0127。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

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1-866-440-0127 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-866-440-0127. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-440-0127. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-866-440-0127. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-440-0127. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-440-0127번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-866-440-0127. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-440-0127. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-866-440-0127 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-866-440-0127. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-440-0127. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-440-0127. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-440-0127. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-440-0127 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo:

Nihí t'áá jík'eh ata' halne'í bee áka'anída'awo'í nihee hólq áko nihi ats'íís át'éhígíí doodago azee' bíł ha'dít'éhí baqah nida'idikid nee hólqgo bee náhane' yee nił halne' dooleeł. Ata' halne'í ła' nídiilteehgo, kohjį 1-866-440-0127 nihich'į hodíilnih. T'áá háishį ǫ́ Diné bizaad yee yáłti'ígíí nika'adoolwoł. Díí éí t'áá jík'eh bee áka'aná'awo'í át'é.

FINAL



Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	(866) 440-0127 Las llamadas a este número son gratuitas. October 1 – March 31, 8 a.m. – 8 p.m. local time, 7 days a week. From April 1 – September 30, Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m. local time Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

New Mexico Aging & Disability Resource Center (ADRC) (SHIP de New Mexico) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL	(800) 432-2080 Monday - Friday, 7:45 a.m. - 5:00 p.m., MT
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	ADRC (Aging and Disability Resource Center) 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
PÁGINA WEB	https://aging.nm.gov/consumer-elder-rights/aging-disability-resource-center-adrc/ship

Declaración de Divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribirnos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.