

2025

# Manual del Miembro

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

Michigan H7844-001

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



# ***Manual del Miembro* de Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan**

1/1/2025 – 12/31/2025

## **Su cobertura médica y de medicamentos bajo el Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan**

### **Introducción al *Manual del Miembro***

En este manual, se le informa acerca de su cobertura de Molina Dual Options hasta el 12/31/2025. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para personas mayores o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

Molina Healthcare of Michigan ofrece este plan. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of Michigan. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y árabe.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.

- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

---

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



## Descargos de responsabilidad

- ❖ El Plan Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Molina cumple con todas las leyes, regulaciones y órdenes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, edad, discapacidad física o mental, incluyendo, entre otros, la Ley Federal de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley Federal de Rehabilitación de 1973, el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la “Ley de Derechos Civiles Elliott-Larsen, 1976 PA 453, MCL 37.2101, et seq., y la Ley de Derechos Civiles de las Personas con Discapacidades, 1976 PA 220, MCL 37.1101, et seq”.
- ❖ La cobertura conforme a Molina Dual Options es una cobertura médica apta denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.

## 2025 Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan

### Tabla de Contenidos

Capítulo 1:	Primeros pasos como miembro .....	4
Capítulo 2:	Números telefónicos y recursos importantes .....	12
Capítulo 3:	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos .....	27
Capítulo 4:	Tabla de Beneficios .....	43
Capítulo 5:	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan ..	94
Capítulo 6:	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid de Michigan ..	110
Capítulo 7:	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....	116
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades .....	120
Capítulo 9:	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..	136
Capítulo 10:	Finalizar su membresía en Molina Dual Options .....	178
Capítulo 11:	Avisos legales .....	184
Capítulo 12:	Definiciones de términos importantes .....	186

# Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

---

## Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Dual Options, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Michigan Medicaid, y su membresía en este. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

## Tabla de Contenidos

---

A. Bienvenido a Molina Dual Options .....	5
B. Información acerca de Medicare y Michigan Medicaid .....	5
B1. Medicare .....	5
B2. Medicaid de Michigan .....	5
C. Ventajas de este plan .....	6
D. Área de servicio de Molina Dual Options .....	6
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? .....	7
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud .....	7
G. Su plan de atención .....	7
H. Prima mensual del plan Molina Dual Options .....	8
I. El Manual del Miembro .....	8
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros .....	8
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options .....	8
J2. Directorio de Proveedores y Farmacias .....	9
J3. Lista de los medicamentos cubiertos .....	9
J4. La Explicación de Beneficios .....	10
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado .....	10
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) .....	10

---

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



---

## A. Bienvenido a Molina Dual Options

Molina Dual Options es un Plan Medicare-Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados y equipos de atención, quienes le ayudan a usted a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Dual Options fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle los servicios como parte del programa MI Health Link.

El programa MI Health Link es un programa operado conjuntamente por Michigan y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Michigan Medicaid. Con este programa, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas para mejorar la manera en la que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Michigan Medicaid.

Cuando el médico C. David Molina fundó Molina Healthcare, Inc. en 1980, tenía la simple misión de proveer servicios de atención médica accesibles a las familias que más la necesitaban. Molina Healthcare of Michigan bajo el nombre Molina Dual Options se enorgullece de llevar adelante esta misión y se compromete a garantizar a sus afiliados servicios de atención médica de calidad.

En Molina Dual Options, creemos que cada miembro merece atención médica de buena calidad. Molina Dual Options siempre está aquí para usted y creemos en tratar a cada miembro como si fuera de la familia. Este manual es su guía de los servicios que ofrecemos. También le brindará consejos útiles sobre Molina Healthcare. Lea este libro y guárdelo en un lugar seguro en caso de que lo necesite nuevamente. Si necesita otra copia, está disponible a pedido y sin costo alguno comunicándose con Servicios para Miembros.

---

## B. Información acerca de Medicare y Michigan Medicaid

### B1. Medicare

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

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

### B2. Medicaid de Michigan

Michigan Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare. Cada estado tiene su propio programa Medicaid.

Esto quiere decir que cada estado decide:

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

---

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

Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas Medicaid, con la condición de que respeten las normas federales.

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

- sea elegible para participar;
- nosotros decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de Michigan aprueben el plan.

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

---

## C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid de Molina Dual Options, incluidos los medicamentos recetados. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este plan de salud.**

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

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- No pagará ningún deducible ni copago cuando obtenga los servicios de un proveedor o una farmacia de la red de proveedores de nuestro plan de salud. (Deberá seguir pagando cualquier prima mensual del programa Libertad para Trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS en [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).)
- Tendrá su propio coordinador de atención que le preguntará acerca de sus necesidades y elecciones de atención médica y trabajará con usted para crear un plan de atención personal basado en sus metas. A esto lo llamamos planificación centrada en la persona.
- Su coordinador de atención le ayudará a obtener lo que necesita, cuando lo necesita. Esta persona responderá a todas sus preguntas y se asegurará de que sus asuntos relacionados con la atención médica reciban la atención que se merecen.
- Si usted califica, tendrá acceso a servicios y apoyos en el hogar y la comunidad para ayudarle a vivir de forma independiente.
- Usted tiene acceso a muchos programas para el control de la salud y enfermedades proporcionados por Molina Dual Options.

---

## D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: Condados Macomb y Wayne.

Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

**Si se muda fuera de nuestra área de servicio**, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

---

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

---

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

Usted puede ser elegible para nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- usted vive en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella); **y**
- tiene las Partes A, B y D de Medicare; **y**
- es elegible para los beneficios completos de Michigan Medicaid; **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos; **y**
- no está afiliado a un centro de cuidados paliativos; **y**
  - para conocer más sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4 del Manual del Miembro;
- no está afiliado en el programa de exención MI Choice o en el Programa de Atención para Personas Mayores con Todo Incluido (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Si está afiliado en cualquiera de estos programas, deberá cancelar la inscripción antes de afiliarse al programa MI Health Link a través de Molina Dual Options.

---

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

Obtendrá una Evaluación de Nivel I dentro de los 60 días posteriores a la inscripción en el plan.

Su Coordinador de Cuidados se contactará con usted para ayudarle con la evaluación. Esta evaluación es muy importante. Si tiene alguna pregunta antes de que su Coordinador de Cuidados lo contacte, llame a Servicios para Miembros de Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

**Si Molina Dual Options es nuevo para usted**, puede continuar recibiendo servicios y consultando a sus médicos y a otros proveedores que utiliza actualmente durante al menos durante 90 días desde la fecha de su inscripción.

Los servicios del Programa de Exención de Apoyos de Habilitación o de Servicios y Apoyos Especializados que provee el Plan de Salud Prepagado para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) que usted pueda estar recibiendo actualmente no cambiarán debido a su inscripción en Molina Dual Options. Para todos los demás servicios, podrá seguir consultando a los médicos y proveedores que utiliza actualmente durante un máximo de 180 días a partir de la fecha de su inscripción.

Después de 90 días, o después de 180 días si está recibiendo servicios a través de la Exención de Servicios de Recuperación de Habilidades o del Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), usted necesitará acudir a médicos y otros proveedores en la red de Molina Dual Options. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención médica.

---

## G. Su plan de atención

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

Después de la Evaluación de nivel I, su equipo de atención médica se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención médica harán un plan de cuidados.

Cada año, su equipo de atención médica trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados si los servicios de salud que necesita y desea cambian.

---

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

## H. Prima mensual del plan Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

## I. El Manual del Miembro

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las reglas en este documento. Si usted considera que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711. También puede consultar el *Manual del Miembro* en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) o descargarlo desde este sitio web.

El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 1/1/2025 y el 12/31/2025.

## J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Molina Dual Options

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid, incluyendo servicios y apoyos a largo plazo y las recetas médicas. Deberá exhibir esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un ejemplo de tarjeta para que vea cómo será la suya:

 		MI Health Link
Member name: [Cardholder Name]	RxBIN: [RxBIN# <sup>3</sup> ]	
Member ID: [Cardholder ID#]	RxPCN: [RxPCN# <sup>3</sup> ]	
Beneficiary ID: [Medicaid ID# <sup>4</sup> ]	RxGRP: [RxGRP# <sup>3</sup> ]	
PCP Name: [PCP Name]	RxID: [RxID# <sup>3</sup> ]	
PCP Phone: [PCP Phone]		
MEMBER CANNOT BE CHARGED		
Copays: \$0		
H7844-001	MyMolina.com	

<p>In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice Line.</p> <p><b>Contact Member Services for Pharmacy and Dental benefit assistance.</b></p> <p><b>Member Services:</b> (855) 735-5604, TTY: 711 Monday – Friday, 8 am to 8 pm ET</p> <p><b>24-Hour Nurse Advice Line:</b> (844) 489-2541, TTY: 711</p> <p><b>Vision:</b> (855) 492-9028</p> <p><b>Website:</b> MolinaHealthcare.com/Duals</p> <p><b>Behavioral Health Services:</b> Wayne (800) 241-4949, TTY: 711 Macomb Medicaid (855) 996-2264, TTY: 711 Macomb Medicare (800) 665-3072, TTY: 711</p> <p><b>24 Hr Behavioral Health Crisis Line:</b> Wayne (800) 241-4949, TTY: 711 Macomb (586) 307-9100, TTY: 711</p> <p><b>Send Claims To:</b> P.O. Box 22668, Long Beach, CA 90801 EDI Claims: Emdeon Payer ID: 38334</p> <p><b>Claim Inquiry:</b> (855) 322-4077</p> <p style="text-align: right;">MolinaHealthcare.com</p>	
--	--

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

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Michigan Medicaid para obtener los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si exhibe su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del Plan Molina Dual Options, el proveedor puede fracturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría

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

recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 de su Manual del Miembro para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Molina Dual Options. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la sección F).

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals) o descargarlo desde este sitio web.

Tanto Servicios para Miembros como el Directorio de Proveedores en Internet pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

### Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores de la Red de Molina Dual Options incluyen:
  - médicos, enfermeros facultativos, psicólogos, especialistas en audición, odontología u oftalmología, personal de enfermería, farmacéuticos, terapeutas y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Michigan Medicaid.

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

### Definición de farmacias dentro de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las pague.

Llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como la página web de Molina Dual Options pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

## J3. Lista de los medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. En esta, se indica qué medicamentos de venta con receta están cubiertos por Molina Dual Options. La Lista de Medicamentos también le indica si hay reglas o restricciones sobre algún medicamento, como el límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

---

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals) o llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

#### J4. La Explicación de Beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También está disponible una EOB cuando usted la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros.

---

### K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Para mantener su registro de membresía actualizado, díganos si cambia su información.

Las farmacias y proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- admisión a una residencia para ancianos u hospital
- atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted)
- Es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

De haber cualquier cambio en la información, háganos saber llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

Usted puede actualizar su información de miembro en línea y a través de la aplicación móvil My Molina Mobile de Molina Dual Options. Visite [www.MyMolina.com](http://www.MyMolina.com) para cambiar su PCP, solicitar una tarjeta de identificación o actualizar su dirección postal y número de teléfono.

#### K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (personal health information, PHI) Las leyes requieren que mantengamos su información médica personal (personal health information, PHI) en forma privada. Nos aseguramos de que su información médica personal (personal health information, PHI)

---

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

esté segura. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información médica personal (personal health information, PHI), consulte el Capítulo 8.

## Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le da información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a contestar preguntas acerca de Molina Dual Options y de sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados y otros que puedan defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de Contenidos

A. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados .....	13
A1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de Cuidado .....	13
B. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Molina Dual Options .....	14
B1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros .....	14
C. ¿Cómo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día? .....	17
C1. Cuándo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día .....	17
D. ¿Cómo contactarse con la Línea de Información General del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual? .....	18
D1. Cuándo contactarse con la Línea de información general del PIHP .....	20
D2. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual .....	20
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) .....	21
E1. Cuándo contactar a MMAP .....	21
F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) .....	22
F1. Cuándo contactar a Livanta .....	22
G. Cómo comunicarse con Medicare .....	23
H. ¿Cómo comunicarse con Michigan Medicaid? .....	24
I. Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman de MI Health Link .....	24
J. ¿Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan? ....	25
K. Cómo informar un fraude o un abuso .....	25
L. Otros recursos .....	25

---

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

## A. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados

Un Coordinador de Cuidados es un profesional de la salud que le ayudará a obtener atención y servicios que afectan su salud y bienestar. Se le asigna un Coordinador de Cuidados cuando se inscribe en Molina Dual Options. Su Coordinador de Cuidados lo conocerá y trabajará con usted, sus médicos y otros proveedores de atención para asegurarse de que todo funcione en conjunto para usted. Puede compartir su historial de salud con su Coordinador de Cuidados y establecer metas para una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema sobre su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su Coordinador de Cuidados. **Su Coordinador de Cuidados es la persona a quien recurrir** para obtener información sobre Molina Dual Options.

Nuestro objetivo en Molina Dual Options es satisfacer sus necesidades de una manera que funcione para usted. Por este motivo, decimos que nuestro programa está “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrado en la persona ocurre cuando usted trabaja con su Coordinador de Cuidados a fin de crear un plan de atención que se relacione con **sus** metas, opciones y capacidades. Cuando crea su plan de atención, puede involucrar a las personas que considere clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

<b>LLAME AL</b>	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET. Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET.
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Dual Options 880 West Long Lake Road Troy, MI 48098
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>

El Coordinador de Cuidados de Molina Dual Options es su contacto principal. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. Usted o su cuidador pueden solicitar un cambio del Coordinador de Cuidados asignado según sea necesario. Para ello, llame al Coordinador de Cuidados o a Servicios para Miembros. Además, el personal de Molina Dual Options puede realizar cambios a la asignación de su Coordinador de Cuidados en base a sus necesidades (culturales/lingüísticas/físicas/de salud conductual) o ubicación. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

### A1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de Cuidado

- preguntas sobre su atención médica;
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (long term supports and services, LTSS)
- Preguntas sobre cualquier otro servicio y apoyo que necesite

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

Para ver si usted puede calificar para recibir ayuda adicional para las necesidades diarias básicas y de atención médica. Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica. Puede obtener estos servicios:

- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios de Atención Personal
- Atención médica domiciliaria

Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad.

## B. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Molina Dual Options

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
<b>LLAME AL</b>	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET. Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET.
<b>FAX</b>	Para Servicios para Miembros: Fax: (248) 925-1767 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Para Servicios para Miembros/Medicamentos de Medicaid: 880 West Long Lake Road Troy, MI 48098 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>

### B1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas acerca de reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembros.
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica.

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

- Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
  - sus beneficios y servicios cubiertos; ◦
  - la suma que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de la atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (consulte la Sección F).
  - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Más información sobre Molina Dual Options
  - Usted puede solicitar información adicional sobre nuestro plan, incluida la información acerca de la estructura y el funcionamiento de Molina Dual Options y cualquier plan de incentivos para médicos que manejamos.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y los medicamentos cubiertos; ◦
    - la suma que pagaremos por los medicamentos.
  - Esto aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Michigan Medicaid y medicamentos de venta libre de Michigan Medicaid.
  - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos.
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

- Para apelar a una decisión de cobertura acerca de un medicamento, llame a Servicios a los Miembros o presente su apelación por escrito:

<b>Información de contacto</b>			
<p><b>Si su apelación es acerca de:</b></p> <p>Medicamentos de la Parte D.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p><b>Recibirá una decisión en:</b></p> <p>7 días calendario.</p>	<p><b>Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:</b></p> <p>Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047</p> <p><b>Envíe un fax al:</b></p> <p>(866) 290-1309</p>
<p><b>Si su apelación es acerca de:</b></p> <p>medicamentos que no son de la Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de Medicamentos).</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Debe solicitar la apelación dentro de los 90 días de la decisión de cobertura.</p>	<p><b>Recibirá una decisión en:</b></p> <p>30 días calendario (más 14 días de extensión).</p>	<p><b>Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:</b></p> <p>880 W Long Lake Rd Troy, MI 48098</p> <p><b>Envíe un fax al:</b></p> <p>(248) 925-1766</p>

- Para obtener más información sobre la presentación de una apelación sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre los medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos recetados.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó.
  - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso, o para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.

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

## C. ¿Cómo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día?

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con una enfermera calificada que puede proporcionarle asesoría de atención médica en su idioma y referirle a donde usted puede obtener el cuidado que necesite. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermería es un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la Comisión de Acreditación para Revisión de Uso (Utilization Review Accreditation Commission, URAC). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso total con el cuidado de calidad, los procesos mejorados y mejores resultados de los pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería también cuenta con la certificación de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) en Productos de Información de la Salud (Health Information Products, HIP) para nuestra Línea de Información de la Salud disponible las 24 horas.

<b>LLAME AL</b>	(844) 489-2541. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

### C1. Cuándo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día

- Preguntas sobre su atención médica.

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

---

## D. ¿Cómo contactarse con la Línea de Información General del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual?

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los miembros de Molina Dual Options a través de un proveedor de la red del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP). Los miembros que obtienen servicios a través del PIHP continuarán obteniéndolos de acuerdo con su plan de salud. Molina Dual Options le brindará los servicios de atención personal que eran provistos anteriormente por el Programa de Ayuda Doméstica del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS). Otros servicios de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno de abuso de sustancias médicamente necesarios, que incluyen psicoterapia o asesoramiento (individual, familiar y grupal) estarán disponibles y serán coordinados por el plan de salud y el PIHP, cuando se los indique. No hay un acceso universal a estos servicios.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de salud conductual, comuníquese con Molina Dual Options. Si necesita ayuda inmediata o está sufriendo una crisis de salud conductual, marque el 988 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis o póngase en contacto con uno de los medios para situaciones de crisis que se indican a continuación.

### **Línea de Información General del PIHP:**

---

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

Método	INFORMACIÓN DE CONTACTO
<b>LLAME AL</b>	<p>Los residentes del condado de Wayne deben comunicarse con la red Detroit Wayne Integrated Health Network al 1-313-344-9099.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del este.</p> <p>En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Wayne, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al 1-800-241-4949.</p> <p>Beneficios de Medicare para residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Beneficios de Medicaid para los residentes del condado de Macomb, comuníquese con el condado de Macomb Salud Mental Comunitaria al 855-996-2264, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al 1-586-307-9100. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>Llame a los números telefónicos TTY enumerados para:</p> <p>Red de Salud Integrada de Detroit Wayne: 1-800-630-1044, o</p> <p>Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb: 711</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este</p>

## D1. Cuándo contactarse con la Línea de información general del PIHP

- preguntas sobre servicios de salud conductual
- Dónde y cómo obtener una evaluación.
- Dónde recibir los servicios.
- Una lista de otros recursos comunitarios.

### Línea de Crisis de Salud Conductual:

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
<b>LLAME AL</b>	<p>En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Wayne, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al 1-800-241-4949.</p> <p>En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas al 1-586-307-9100.</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>

## D2. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Pensamientos suicidas
- Información sobre salud/enfermedad mental
- Adicción/abuso de sustancias
- Ayuda para un amigo o un ser querido
- Problemas sentimentales
- Abuso/violencia
  - Si sufre agresiones, abandono o maltrato, o lo sospecha, puede **llamar a Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services, APS) al 1-855-444-3911 en cualquier momento del día o de la noche** para denunciarlo. APS investigará en un plazo de 24 horas después de que usted lo denuncie.
- Problemas económicos que causan ansiedad/depresión.
- Soledad.
- Problemas familiares.
- Si sufre una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

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

## E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP).

El MMAP no está asociado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

<b>LLAME AL</b>	1-800-803-7174. Esta llamada es gratuita. El horario de servicio es: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TRS</b>	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:info@mmapinc.org">info@mmapinc.org</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://mmapinc.org/">mmapinc.org/</a>

### E1. Cuándo contactar a MMAP

- Preguntas acerca de su seguro médico de Medicare y Michigan Medicaid
  - Los asesores del Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program, MMAP) pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
    - Comprender sus derechos.
    - Comprender la cobertura de los medicamentos, por ejemplo, de los medicamentos recetados y de venta libre.
    - Comprender sus elecciones de plan.
    - Presentar una queja de la atención médica o tratamientos.
    - Ayudarle a resolver problemas con las facturas.

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

## F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Nuestro estado utiliza una organización llamada Livanta para el mejoramiento de la calidad. Un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta no está asociada con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-888-524-9900. Esta llamada es gratuita.
<b>TTY</b>	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

### F1. Cuándo contactar a Livanta

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

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

## G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

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

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

## H. ¿Cómo comunicarse con Michigan Medicaid?

Medicaid de Michigan ayuda con los servicios y apoyos médicos y a largo plazo y reduce los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas sobre la ayuda que obtiene de Medicaid de Michigan, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios.

<b>LLAME AL</b>	Línea de Ayuda a los beneficiarios 1-800-642-3195. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
<b>TTY</b>	1-866-501-5656 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRÍBANOS</b>	PO Box 30479 Lansing, MI 48909-7979

La elegibilidad para Medicaid de Michigan está determinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid de Michigan o sobre la renovación anual, llame a su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para preguntas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llame al 1-855-275-6424 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

## I. Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman de MI Health Link

El programa de Mediador de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. La oficina del mediador de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Michigan con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

<b>LLAME AL</b>	1-888-746-6456
<b>TTY</b>	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:help@mhlo.org">help@mhlo.org</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://www.mhlo.org">www.mhlo.org</a>

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

## J. ¿Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan?

El Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan ayuda a las personas a conocer sobre las residencias para personas mayores y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver los problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

<b>LLAME AL</b>	1-866-485-9393
<b>ESCRIBA A</b>	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="http://mltcop.org/contact">mltcop.org/contact</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://mltcop.org/">mltcop.org/</a>

## K. Cómo informar un fraude o un abuso

Si sospecha que se está produciendo un fraude, malgasto o abuso, infórmenos.

<b>LLAME AL</b>	Teléfono: (866) 606-3889 Fax: (248) 925-1797 Teléfono: (855)-MI-FRAUD (855-643-7283)
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Dual Options Attention: Compliance Director 880 West Long Lake Road Troy, MI 48098-4504  Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) Office of Inspector General P.O. Box 30062 Lansing, MI 48909
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:MHMCompliance@MolinaHealthcare.com">MHMCompliance@MolinaHealthcare.com</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.alertline.com">MolinaHealthcare.alertline.com</a> <a href="http://Michigan.gov/fraud">Michigan.gov/fraud</a>

## L. Otros recursos

En la Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad bajo el programa MI Health Link están disponibles diversos servicios a largo plazo y de apoyo para los miembros. Contacte a su Coordinador de Cuidados para obtener información sobre cómo obtener acceso a estos servicios y a los proveedores disponibles en su comunidad.

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

Agente de inscripción del estado: Michigan ENROLLS: (800) 975-7630

Línea de Ayuda para Beneficiarios de Michigan Medicaid: (800) 642-3195

**Recursos del condado de Macomb:**

Macomb County Office of Senior Services

21885 Dunham, Suite 6

Clinton Township, MI 48036

(586) 469-5228

<https://mca.macombgov.org/MCA-Seniors-Information>

Macomb Community Action Health and Community Services

VerKuilen Building

21885 Dunham Road, Suite 10, Clinton Township, MI 48036

[mca@macombgov.org](mailto:mca@macombgov.org)

(586) 469-6999

Area Agency on Aging 1-B

29100 Northwestern Highway, Suite 400

Southfield, MI 48034

9248) 357-2255 o (800) 852-7795

Macomb County Access Location

39090 Garfield, Suite 102

Clinton Twp., MI 48038

(586) 226-0309

(800) 852-7795

Fax: (248) 262-9971

**Recursos del condado de Wayne:**

AAA:

Detroit Agency on Aging

133 Brewery Park Blvd., Suite 200

Detroit, MI 48207

(313) 446-4444

The Senior Alliance, Inc.

3850 Second St., Suite 201

Wayne, MI 48184

(734) 722-2830

---

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

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

### Introducción

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

### Tabla de Contenidos

A. Información acerca de “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” ....	29
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan .....	29
C. Información acerca de su coordinador de atención .....	30
C1. Qué es un Coordinador de Cuidados .....	30
C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados .....	30
C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados .....	31
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red .....	31
D1. Atención de un proveedor de atención primaria .....	31
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red .....	32
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan .....	32
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red .....	33
E. Cómo obtener apoyo y servicios a largo plazo (LongTerm Services and Supports, LTSS) .....	34
F. Cómo obtener servicios de salud conductual .....	34
G. ¿Cómo participar en arreglos independientes? .....	34
G1. ¿Cuáles son los arreglos que permiten independencia? .....	35
G2. Quién puede obtener arreglos que permiten independencia .....	35
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores .....	35
H. Cómo obtener servicios de transporte .....	35
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre .....	35
I1. Cuidado en casos de emergencia médica .....	35
I2. Cuidados de urgencia .....	37
I3. Atención médica durante un desastre .....	37
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan .....	38
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan .....	38

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

K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	38
K1. Definición de estudio de investigación clínica .....	38
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	39
K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica .....	39
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica .....	39
L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	39
L2. Obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	40
M. Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) .....	40
M1. DME como miembro de nuestro plan .....	40
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	40
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan .....	41
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	41



---

## A. Información acerca de “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

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

Entre los proveedores, se incluyen doctores, enfermeras, dentistas, oculistas, especialistas en audición y otras personas que le proporcionan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Nos facturan directamente por los servicios de atención que le prestan. Cuando recurre a un proveedor de la red, no debe pagar por los servicios cubiertos.

---

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid. Esto incluye servicios de salud conductual, atención a largo plazo y medicamentos recetados.

Por lo general, Molina Dual Options pagará por la atención médica y otros apoyos y servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Las únicas excepciones son que usted paga la Suma de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA) que tiene por los servicios del centro de enfermería, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Libertad para Trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).

Para estar cubierto por su plan:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros, equipos o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- Debe contar con un **proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que recurra a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la Sección D.

---

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

- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, ni para recurrir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de este tema, consulte la sección D.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la sección D.
- **Nota:** Durante sus primeros 90 días en nuestro plan, puede continuar visitando a sus proveedores actuales, sin costo alguno, si no son parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro Coordinador de Cuidados se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar a los proveedores de nuestra red. Después de estos 90 días, ya no cubriremos su atención médica si continúa visitando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención médica de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubre la atención médica de un proveedor que no trabaja con el plan de salud. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta norma:
  - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y comprender qué significa la atención de emergencia o la atención de urgencia, consulte la Sección I.
  - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Si busca atención de un proveedor fuera de la red, necesitará una autorización. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se encuentra accesible durante un breve período. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Cuando se inscriba en el plan, podrá continuar recibiendo servicios y visitando a sus médicos y otros proveedores actuales, al menos durante 90 días desde la fecha de su inscripción. Si obtiene servicios a través de la Exención de Servicios de Recuperación de Habilidades o del Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP), podrá obtener servicios y acudir a sus médicos y proveedores actuales durante 180 días desde la fecha de su inscripción. Su Coordinador de Cuidados trabajará con usted para elegir proveedores nuevos y programar servicios dentro de este período de tiempo. Llame a Molina Dual Options para obtener más información sobre los servicios en residencias para personas mayores.

---

## C. Información acerca de su coordinador de atención

### C1. Qué es un Coordinador de Cuidados

Un Coordinador de Cuidados es una persona que trabajará con usted para ayudarlo a obtener los apoyos y servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan que necesita y desea.

### C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados

Si desea comunicarse con su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. La llamada es gratuita.

---

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

### C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados

Usted o su cuidador puede solicitar el cambio de su Coordinador de Cuidados llamando a su Coordinador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. En ocasiones, Molina puede realizar cambios en la asignación de un Coordinador de Cuidados para un miembro en función de las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación del miembro.

---

## D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

### D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y gestione su atención.

#### Definición de “PCP” y lo que el PCP hace por usted

Un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) es el médico que usted visitará para la mayoría de sus necesidades de atención médica preventiva. Su PCP también le ayudará a buscar atención de un especialista y proveedores de servicios.

Un PCP es un médico, una enfermera especializada avanzada, un auxiliar médico o un profesional de atención médica en clínicas/el hogar (Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal [Federally Qualified Health Centers, FQHC]) que le brinda a usted cuidados de salud de rutina. También podrá contar con un especialista que se desempeñe como su PCP, siempre que el especialista desee proporcionarle atención médica de rutina. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

Cuando tenga necesidades fuera del área de especialidad de su PCP, será remitido a un especialista para los servicios que necesite para mantenerse saludable. Su PCP se asegurará de que su atención esté coordinada con un especialista y de que su Coordinador de Cuidados esté informado sobre los servicios que usted pueda necesitar.

Puede encontrar nuestra lista actual de proveedores en el sitio web [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

#### Su elección de PCP

Puede haber elegido a su PCP al momento de su inscripción en Molina Dual Options. El PCP que usted elija debe estar en su tarjeta de identificación de Molina Dual Options. Si no tuvo la oportunidad de elegir un PCP o si el PCP que eligió no está en su tarjeta de identificación, puede contactarse con nuestro departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

#### Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar la red de nuestro plan. Podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo si el que tiene ahora deja nuestra red.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este si desea más información sobre nuestros proveedores de Molina Dual Options o si necesita ayuda para cambiar de PCP. Servicios para Miembros hará efectivo el cambio de PCP a partir del

---

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

mes actual. También puede actualizar su PCP en la aplicación móvil My Molina Mobile de Molina Dual Options en [www.MyMolina.com](http://www.MyMolina.com).

### **Servicios que puede recibir sin obtener primero la aprobación del PCP**

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación del PCP antes de consultar a otros proveedores. Esto se llama una remisión. Puede recibir servicios como los enumerados a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención médica de urgencia de proveedores de la red.
- Atención médica de urgencia recibida de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o necesita atención inmediata durante el fin de semana).

NOTA: Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener la diálisis mientras está de viaje).
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19 y la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías del pecho), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede acudir a estos proveedores sin una remisión previa.

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

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

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

Su PCP puede ayudarle a encontrar un especialista si necesita servicios para una enfermedad específica o un servicio especializado.

Usted recibirá la mayoría de los servicios de nuestros proveedores de la red. Si necesita atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted o su médico deben obtener la aprobación por adelantado. Si no recibe la aprobación por adelantado, es posible que tenga que pagar la factura. Podemos autorizar los servicios si los proveedores de nuestra red no pueden brindar un servicio cubierto que usted necesita. Su médico puede solicitarnos una autorización previa. También puede comunicarse con su Coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Su coordinador de atención puede ayudarle a usted o a su médico a solicitar una autorización previa.

## **D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.

---

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

- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado en la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico o terapias con su proveedor actual tiene el derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red aprobado y accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le atienda cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores está por dejar nuestra red, contáctenos para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

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

Usted recibirá la mayoría de los servicios de nuestros proveedores de la red. Si necesita atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted o su médico deben obtener la aprobación por adelantado. Si no recibe la aprobación por adelantado, es posible que tenga que pagar la factura. Podemos autorizar los servicios si los proveedores de nuestra red no pueden brindar un servicio cubierto que usted necesita. Su médico puede solicitarnos una autorización previa. También puede comunicarse con su Coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle a usted o a su médico a solicitar una autorización previa.

Usted recibirá la mayoría de los servicios de nuestros proveedores de la red. Si necesita atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted o su médico deben obtener la aprobación por adelantado. Si no recibe la aprobación por adelantado, es posible que tenga que pagar la factura. Podemos autorizar los servicios si los proveedores de nuestra red no pueden brindar un servicio cubierto que usted necesita. Su médico puede solicitarnos una autorización previa. También puede comunicarse con su Coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle a usted o a su médico a solicitar una autorización previa.

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

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Michigan Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.

---

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

- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

---

## E. Cómo obtener apoyo y servicios a largo plazo (LongTerm Services and Supports, LTSS)

Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle a determinar si usted necesita apoyos y servicios a largo plazo y cómo obtenerlos. Para hablar con su Coordinador de Cuidados puede llamar a Servicios para Miembros. Comuníquese con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

---

## F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual están cubiertos por su Prepaid Inpatient Health Plan (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno por el abuso de sustancias. Contacte al PIHP para obtener información sobre las decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual. Si vive en el condado de Wayne, lo que incluye a los residentes de Detroit, contacte a la Autoridad de Salud Mental de Detroit Wayne.

Si vive en el condado de Wayne, lo que incluye a los residentes de Detroit, contacte a la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne.

707 W. Milwaukee St.  
Detroit, MI 48202  
Llame al: (313) 833-2500  
Llame al: (313) 344-9099  
TTY: (800) 630-1044

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Para obtener los beneficios de Medicare para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

Para obtener beneficios de Medicaid para los residentes del condado de Macomb, comuníquese con Salud Mental Comunitaria del condado de Macomb.

19800 Hall Rd.  
Clinton Township, MI 48038  
Llame al: (855) 996-2264  
TTY: 711  
855-99-MCCMH  
[info@mccmh.net](mailto:info@mccmh.net)

---

## G. ¿Cómo participar en arreglos independientes?

La independencia promueve la opción y el control personal sobre la entrega de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), que incluye a quien ofrece el servicio, cómo se entregan y la contratación y el despido de asistentes personales o trabajadores de atención domiciliaria.

---

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

## G1. ¿Cuáles son los arreglos que permiten independencia?

La independencia es una opción disponible para los afiliados que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y tener el control sobre su propia vida.

- Esto incluye administrar una suma fija de dólares para cubrir los servicios y apoyos autorizados. A menudo, se lo denomina "presupuesto personalizado".
- Si decide hacer esto, también tendrá control para contratar y administrar sus proveedores.

## G2. Quién puede obtener arreglos que permiten independencia

Los arreglos que permiten independencia están disponibles para los afiliados que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad llamado MI Health Link HCBS.

## G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores

Puede trabajar con su Coordinador de Cuidados para obtener ayuda para emplear a los proveedores.

---

## H. Cómo obtener servicios de transporte

Se le provee el transporte si no tiene manera de acceder a su PCP o a otras citas médicas.

Para recibir servicios de transporte, contacte a nuestro departamento de Servicios para Miembros. Llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

El transporte debe ser coordinado con al menos tres (3) días hábiles de antelación al día de la cita.

Las solicitudes de transporte de urgencia pueden ser programadas sin el aviso de tres (3) días.

El Reembolso de millaje está disponible para los inscritos que tienen un automóvil, un amigo, un familiar, un vecino o un voluntario dispuesto a llevarlos a sus citas médicas. Los inscritos deben contactar a Molina Healthcare por lo menos con 72 horas de antelación para viajes no urgentes o el mismo día por altas hospitalarias/de urgencia. Luego de la fecha de la cita, el proveedor de transporte procesará el monto del reembolso y pagará al conductor dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la realización del viaje.

---

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

### I1. Cuidado en casos de emergencia médica

#### Definición de emergencia médica

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

- serio riesgo a su salud o a la de su hijo nonato; o
- grave daño en las funciones corporales; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto;

---

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

- un traslado puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

### Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario que obtenga primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Puede comunicarse con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información. Puede comunicarse con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

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

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

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

### ¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Wayne, llame a la línea de crisis de salud conductual las 24 horas al 1-800-241-4949.

En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas al 1-586-307-9100.

Esta llamada es gratuita.

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.

Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Pensamientos suicidas.
- Información sobre salud/enfermedad mental.
- Adicción/abuso de sustancias.
- Ayuda para un amigo o un ser querido.
- Problemas sentimentales.

---

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

- Maltrato/violencia
- Problemas económicos que causan ansiedad/depresión.
- Soledad.
- Problemas familiares.
- Si está experimentando una emergencia de vida o muerte, llame a 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

### **Obtención de atención médica de emergencia si no era una emergencia**

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

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

- recurre a un proveedor de la red; **o**
- la atención adicional que usted obtenga se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica. (Consulte la sección siguiente).

## **I2. Cuidados de urgencia**

### **Definición de atención de urgencia**

La atención de urgencia consiste en la atención que usted recibe por una situación que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

### **Atención de urgencia cuando está dentro del área de servicio del plan**

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención de urgencia solo en los siguientes casos:

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

Sin embargo, si no es posible ni razonable conseguir un proveedor de la red, debido al momento, lugar o circunstancia, nosotros cubriremos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Se puede acceder a atención médica urgente usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas del día al (844) 489-2541. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### **Atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan**

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

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni cualquier otro tipo de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos.

## **I3. Atención médica durante un desastre**

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

---

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

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

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

---

## J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede solicitarnos que paguemos la factura.

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

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer.

### J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Molina Dual Options cubre todos los servicios que se indican a continuación:

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

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

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

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

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, tendrá que pagar el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites y cuán cerca se encuentra de llegar a ellos.

---

## K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

### K1. Definición de estudio de investigación clínica

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

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

---

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



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

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de parte nuestra ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red. 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 bajo las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

## **K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica**

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

- Habitación y comidas por estancias en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto colateral y complicaciones de la nueva atención médica.

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

## **K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica**

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea Medicare y Estudios de Investigación Clínica en la página web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

### **L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud**

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

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

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

## **L2. Obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud**

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

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

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

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

Las estadías en el hospital requieren autorización del plan. Nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital cuando sea médicamente necesaria. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

---

## **M. Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)**

### **M1. DME como miembro de nuestro plan**

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

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

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

En determinadas situaciones limitadas, le transferiremos el derecho de propiedad del DME. Llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe entregar.

### **M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage**

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

---

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

**Nota:** Usted puede encontrar definiciones de los Planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted2025*. Si usted no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

- no se hizo propietario del DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original.

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

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

### **M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan**

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

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

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

### **M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage**

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses:**

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

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un periodo nuevo de 5 años.
- Usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses.

---

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

- Luego, su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

En caso de que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubra Medicare Original. Puede consultar a su plan Medicare Advantage cuáles son los equipos de oxígeno y los suministros que cubre, y cuáles serán sus costos.

## Capítulo 4: Tabla de Beneficios

---

### Introducción

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

### Tabla de Contenidos

A. Sus servicios cubiertos .....	44
A1. En caso de emergencias de salud pública .....	45
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios .....	45
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan .....	45
D. La Tabla de Beneficios .....	46
E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options .....	91
E1. Cuidados paliativos .....	91
E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). .....	91
F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare, o Michigan Medicaid .....	92



## A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se le indica qué servicios paga Molina Dual Options. También puede obtener información acerca de los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

No debe pagar nada por sus servicios cubiertos mientras siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan. Las únicas excepciones son que usted paga toda:

- Suma de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA) que tenga por servicios de un centro de enfermería, según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos local.
- Prima del programa Libertad para Trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).

Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid son proporcionados por planes regionales de salud prepagos para pacientes internados (Pre-paid Inpatient Health Plan, PIHP) o proveedores de servicios de salud mental comunitarios (Community Mental Health Services Provider, CMHSP). Esto incluye servicios de salud conductual, de discapacidad intelectual y de desarrollo, y de trastorno de abuso de sustancias.

Si necesita ayuda y servicios relacionados con afecciones de salud conductual, discapacidad intelectual o de desarrollo o un desorden en el uso de sustancias y vive en:

Los residentes del condado de Wayne deben contactarse con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne al 1-313-344-9099.

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del este, para obtener información sobre las decisiones de cobertura, las apelaciones, las quejas y los servicios de salud conductual.

Para obtener los beneficios de Medicare para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Para obtener los beneficios de Medicaid para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Macomb al 1-855-996-2264, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, para obtener información sobre las decisiones de cobertura, las apelaciones, las quejas y los servicios de salud conductual.

Si recibe servicios prestados por el PIHP, también obtendrá un Manual del Miembro del PIHP que le explicará en mayor detalle la elegibilidad del PIHP y los servicios de especialistas cubiertos.

Dependiendo de los criterios de elegibilidad, algunos artículos, suministros, ayudas y servicios se ofrecerán a través de nuestro plan o el PIHP. Para asegurarnos de que nuestro plan y el PIHP no están pagando por los mismos artículos, suministros, ayudas o servicios, su Coordinador de Cuidados lo puede ayudar a que obtenga lo que necesita, ya sea de nuestro plan o del PIHP. Los servicios del PIHP tienen criterios diferentes de elegibilidad o considerados médicamente necesarios. Consulte la Sección F en este capítulo y el manual del PIHP para obtener más información.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidados o a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

---

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

## A1. En caso de emergencias de salud pública

Si el gobernador de Michigan, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declaran una emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de Molina Dual Options. Llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante una emergencia de salud pública.

---

## B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Molina Dual Options le facturen a usted los servicios. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

**Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Pero si esto sucede, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios para Miembros.

---

## C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D le indica los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos. Está dividida en dos secciones:

- Servicios generales.
  - Ofrecidos a los afiliados.
- Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)
  - Ofrecidos solo a los afiliados que:
    - necesitan nivel de atención para un centro de enfermería, pero no residen allí y tienen la necesidad de servicios de extensión cubiertos

**Pagaremos por los servicios descritos en la Tabla de Beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas.** Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación. Las únicas excepciones son que usted paga la Suma de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA) que tiene por los servicios del centro de enfermería, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Libertad para Trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de infusión en consultorio) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica que padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, el plan debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no podrá exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

---

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

- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le proporciona atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarlo antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no necesita ninguna.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA se indican en la Tabla de Beneficios con un asterisco (\*).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de una autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, basándose en los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana  al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

## D. La Tabla de Beneficios

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal</b></p> <p>El plan pagará un examen de detección por ultrasonido una única vez para las 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.</p>	\$0
	<p><b>Acupuntura para dolor lumbar crónico*</b></p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no está asociado con una intervención quirúrgica; y</li> <li>• no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	\$0

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

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Suministros y Equipo Médico de Adaptación*</b></p> <p>El plan cubre los dispositivos, controles o aparatos que le permiten a usted aumentar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bancos/sillas para duchas;</li> <li>• silla con asiento elevable;</li> <li>• asientos elevables de inodoros;</li> <li>• alcanzadores;</li> <li>• abridores de jarros;</li> <li>• asiento deslizable;</li> <li>• elevadores para baños/habitaciones;</li> <li>• discos giratorios;</li> <li>• ayuda para el baño tal como esponjas de mango largo;</li> <li>• ayudas telefónicas;</li> <li>• relojes o teléfonos automáticos que asisten con el recuerdo de medicamentos;</li> <li>• desabrocha botones o tiradores de cierres;</li> <li>• utensilios de cocina modificados;</li> <li>• ayuda para higiene oral modificada;</li> <li>• herramientas de aseo modificada;</li> <li>• almohadillas de calefacción;</li> <li>• contenedores perforantes;</li> <li>• artículos para ejercicios y otras terapias;</li> <li>• monitor de presión arterial con salida de voz;</li> <li>• suplementos nutricionales, tales como Ensure.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</b></p> <p>El plan pagará un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que usan indebidamente el alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de atención médica primaria capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios de ambulancia*</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p><b>Nota:</b> El plan cubrirá el transporte en ambulancia a los Servicios de Salud Conductual Especializados de Medicaid que son proporcionados por planes regionales Pre-paid Inpatient Health Plans (PIHP) o Community Mental Health Services Providers (CMHSP), incluidos servicios de salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia.</p> <p>Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.</p>	\$0
	<p><b>Consulta preventiva anual</b></p> <p>Si usted ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0
	<p><b>Mediciones de masa ósea</b></p> <p>El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y opine sobre los resultados.</p>	\$0

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

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.</li> <li>• una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años;</li> <li>• un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</b></p> <p>El plan pagará por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>El plan también cubre programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
	<p><b>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</b></p> <p>El plan paga por una consulta anual a su proveedor de atención médica primaria para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hable sobre el uso de la aspirina;</li> <li>• mida su presión arterial; o</li> <li>• le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</b></p> <p>El plan paga por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0
	<p><b>Examen preventivo de cáncer vaginal y del cuello de útero</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses.</li> <li>• Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> <li>• Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	\$0

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

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios quiroprácticos*</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</li> <li>• Radiografías de diagnóstico</li> </ul> <p>Se requiere una autorización previa después de 18 visitas.</p>	\$0
	<p><b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios comunitarios para trabajadores de la salud (CHW)*</b></p> <p>Los CHW son proveedores de salud pública sin licencia que facilitan el acceso a los servicios sociales y de salud necesarios para los miembros. Los servicios de CHW se centran en prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su progresión, y en promover la salud física y mental. Los servicios de CHW deben ser recomendados por un proveedor autorizado.</p> <p>Las condiciones que pueden definir la elegibilidad de un miembro para los servicios de CHW incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de una o más condiciones de salud crónicas, incluida la salud conductual.</li> <li>• Necesidades sociales relacionadas con la salud no satisfechas, sospechadas o documentadas.</li> <li>• Embarazo y posparto.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Servicios de transición comunitaria*</b></p> <p>El plan pagará los gastos por única vez para su transición desde una residencia para personas mayores hasta otra residencia donde usted será responsable de su propio alojamiento. Los servicios cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depósitos de vivienda y garantía.</li> <li>• Conexiones y depósitos para servicios (excluye televisión e Internet).</li> <li>• Muebles (limitado).</li> <li>• Electrodomésticos (limitado).</li> <li>• Gastos de mudanza (excluye dispositivos de diversión y recreación).</li> <li>• Limpieza, que incluye control de plagas, control de alérgenos o limpieza general.</li> </ul> <p>Este servicio no incluye alquiler mensual permanente ni gastos de hipoteca, cargos regulares de servicios o artículos cuya finalidad sea la diversión o recreación. La cobertura se limita a una vez por año.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</b></p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>el plan pagará dos intentos con asesoramiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>el plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</li> </ul> <p>El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	\$0
	<p><b>Kit de prueba casera para el COVID-19</b></p> <p>Hasta 8 kits de prueba casera de venta libre por mes calendario por beneficiario comprados a través de una tienda minorista o minorista en línea.</p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Molina Dual Options cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los exámenes y las evaluaciones están cubiertos una vez cada seis meses.</li> <li>• La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses.</li> <li>• El tratamiento con fluoruro diamino de plata está cubierto con un máximo de seis aplicaciones de por vida.</li> <li>• Radiografías <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Las radiografías panorámicas de mordida son un beneficio cubierto solo una vez cada 12 meses.</li> <li>◦ Una radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años.</li> <li>◦ Una radiografía de boca completa o una serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada cinco años.</li> </ul> </li> <li>• Empastes.</li> <li>• Extracciones dentales.</li> <li>• Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una vez cada cinco años.</li> <li>• Los selladores están cubiertos una vez cada tres años, si se cumplen los criterios.</li> <li>• Las restauraciones indirectas (coronas) están cubiertas una vez cada 5 años por diente, si se cumplen los criterios.</li> <li>• Tratamiento de conducto/nuevo tratamiento de conducto anterior.</li> <li>• Evaluación periodontal integral.</li> <li>• Destartraje en presencia de inflamación.</li> <li>• Destartraje periodontal y alisado radicular.</li> <li>• Otro mantenimiento periodontal.</li> </ul> <p>Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una 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.</p>	\$0
	<p><b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>El plan pagará por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe ser realizado en una instalación de atención médica primaria que puede prestar tratamiento de seguimiento y remisiones, lo que incluye remisiones a su proveedor de atención primaria o al Plan de Salud Prepagado para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) para más evaluaciones y servicios.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios del Programa de prevención de diabetes</b></p> <p>El plan pagará los servicios del Programa de prevención de diabetes de Medicare y los servicios del Programa de prevención de diabetes de Michigan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará por los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ cambio alimentario a largo plazo; <b>y</b></li> <li>◦ aumento de actividad física; <b>y</b></li> <li>◦ formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul> </li> <li>• Servicios del Programa de prevención de diabetes de Michigan (MiDPP) El plan pagará 28 sesiones estructuradas de una hora de cambio de comportamiento de salud proporcionadas por un consejero de estilo de vida inscrito en Medicaid asociado con un proveedor del MiDPP inscrito para miembros que tienen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ sobrepeso u obesidad según lo define el índice de masa corporal (IMC) y tiene uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Niveles elevados de glucosa en sangre según los estándares de los CDC para los requisitos de niveles de glucosa en sangre.</li> <li>— Antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG).</li> <li>— Puntuación de “alto riesgo” en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Un miembro con diabetes tipo 1 o tipo 2 previamente diagnosticada o que esté actualmente embarazada no puede inscribirse en el MiDPP.</p>	\$0
	<p><b>Examen de detección de diabetes</b></p> <p>El plan pagará por este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial alta (hipertensión).</li> <li>• Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia).</li> <li>• Obesidad.</li> <li>• Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa).</li> </ul> <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede optar a un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0

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

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Un monitor de glucosa en sangre.</li> <li>◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre.</li> <li>◦ Lancetas y dispositivos para lancetas.</li> <li>◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</li> <li>◦ Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Cubriremos otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros;</li> </ul> </li> <li>• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan pagará por lo siguiente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario,</li> <li>◦ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos).</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan también pagará por el ajuste de zapatos terapéuticos moldeados o zapatos de profundidad personalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan pagará por la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes, en algunos casos.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</p>

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios de doulas</b></p> <p>El plan pagará diferentes tipos de servicios de doula, incluidas doulas comunitarias, doulas prenatales, doulas de trabajo de parto y nacimiento, y doulas posparto.</p> <p>El plan pagará doce visitas en total durante los períodos prenatal y posparto y una visita para la atención del trabajo de parto y el parto. Se pueden solicitar visitas adicionales.</p> <p>El apoyo de una doula durante el período perinatal puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prenatales.</li> <li>• Servicios de parto y trabajo de parto.</li> <li>• Servicios posparto.</li> </ul> <p><b>Una recomendación para los servicios de doula debe provenir de cualquier proveedor de atención médica con licencia.</b></p> <p><b>Las familias contratan a doulas para recibir ayuda en el parto; se demostró que su apoyo es una intervención segura y rentable para mejorar los resultados del parto. Se demostró que los servicios de doula influyen positivamente en los factores determinantes sociales de la salud, apoyan la equidad en el parto y reducen las disparidades de salud y raciales existentes.</b></p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados*</b></p> <p>(Si desea obtener una definición de “equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]:”, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección M, de este manual).</p> <p>Están cubiertos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas.</li> <li>• Muletas.</li> <li>• Sistemas de colchones eléctricos.</li> <li>• Suministros para diabéticos.</li> <li>• Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar.</li> <li>• Bomba de infusión intravenosa (IV).</li> <li>• Dispositivos de asistencia para el habla.</li> <li>• Equipos y suministros de oxígeno.</li> <li>• Nebulizadores.</li> <li>• Andadores.</li> </ul> <p>Están cubiertos también los siguientes artículos:</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados* (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sacaleche.</li> <li>• Bastones.</li> <li>• Inodoros.</li> <li>• Equipo CPAP</li> <li>• Nutrición enteral.</li> <li>• Monitor doméstico para actividad uterina.</li> <li>• Suministros para la incontinencia.</li> <li>• Bomba de insulina y suministros.</li> <li>• Elevadores, cabestrillos y asientos.</li> <li>• Bomba para linfedema.</li> <li>• Terapia para heridas con presión negativa.</li> <li>• Calzado ortopédico.</li> <li>• Suministros ortóticos.</li> <li>• Estimulador de osteogénesis.</li> <li>• Medidor de flujo respiratorio máximo.</li> <li>• Suministros de ostomía.</li> <li>• Nutrición parenteral.</li> <li>• Productos para la gradiente de presión.</li> <li>• Superficies de apoyo para reducir la presión.</li> <li>• Prótesis.</li> <li>• Oxímetro de pulso.</li> <li>• Apósitos quirúrgicos.</li> <li>• Suministros para el cuidado de la traqueotomía.</li> <li>• Estimulador de nervios eléctrico transcutáneo.</li> <li>• Respiradores artificiales.</li> <li>• Cardioversor-desfibrilador implantable.</li> </ul> <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Algunos DME son provistos de acuerdo con la póliza de Michigan Medicaid. Los requisitos para una remisión, orden médica o evaluación se aplican junto con las limitaciones de reemplazo y reparación.</p> <p>Otros artículos pueden estar cubiertos, lo que incluye artículos de asistencia ambientales y tecnología de adaptación/de asistencia. Molina Dual Options también puede cubrir el aprendizaje sobre cómo utilizar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de atención integrado trabajará junto a usted para decidir si estos otros artículos y servicios son buenos y estarán en su plan de atención.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	

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



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados* (continuación)</b></p> <p>Algunos artículos pueden estar cubiertos a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) de acuerdo con el criterio de elegibilidad. Estos artículos deben ser pagados ya sea por nuestro plan o por el PIHP, no por ambos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Michigan Medicaid suelen pagar. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p>	
	<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y</li> <li>• necesarios para el tratamiento de una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• serio riesgo a su salud o a la de su hijo nonato; o</li> <li>• grave daño en las funciones corporales; o</li> <li>• disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o</li> <li>• en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto;</li> <li>◦ un traslado puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, tal vez deba regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante la internación únicamente si el plan aprueba su permanencia.</p> <p>La atención médica de emergencia no tiene cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico.</li> <li>• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar.</li> <li>• métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes);</li> <li>• suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón);</li> <li>• asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados</li> <li>• Asesoramiento y pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.</li> <li>• Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS).</li> <li>• Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía).</li> <li>• Asesoramiento genético.</li> </ul> <p>El plan también pagará por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.</li> <li>• Pruebas genéticas*.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Beneficio de Gimnasio: (Suplementario)</b></p> <p>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. 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.</p>	\$0 No se requiere remisión o autorización previa para usar este beneficio. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar sus ejercicios.

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de atención prenatal grupales</b></p> <p>El plan pagará los servicios de atención prenatal grupales si tiene un embarazo de bajo riesgo que no requiere monitoreo individual. Recibirá capacitación en temas de salud como preparación para el parto, nutrición, ejercicio, control del estrés, lactancia, crianza y anticoncepción. Las sesiones grupales están a cargo de un proveedor de atención médica capacitado e incluyen otras en similares etapas de embarazo. El plan puede cubrir hasta 12 sesiones grupales presenciales en total por embarazo además de la consulta de maternidad profesional individual requerida si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sesión grupal es adicional a la consulta de evaluación física prenatal individual pero no la reemplaza.</li> <li>• La sesión grupal es de al menos 60 minutos.</li> <li>• El tiempo de duración de la sesión grupal está documentado.</li> </ul> <p>Una de las 12 sesiones grupales puede relacionarse con la consulta profesional posparto.</p>	\$0
	<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>Existen varios programas del plan cuya finalidad es ayudar a mejorar su salud y mantenerlo en buen estado. El plan ofrece programas especiales para enfermedades específicas como asma, diabetes o para dejar de fumar. También brindamos información sobre temas importantes relacionados con la salud como inmunizaciones, examen de detección de cáncer y seguridad para los medicamentos.</p> <p>El plan ofrece los siguientes programas educacionales de salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la Salud.</li> <li>• Beneficio de nutrición/alimentación. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Su médico le proporcionará una remisión para este beneficio.</li> </ul> </li> <li>• Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</li> </ul> </li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de audición*</b></p> <p>El plan paga por pruebas de audición y equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>Para adultos de 21 años de edad o más, el plan paga por evaluación y ajuste de audífonos dos veces al año y paga por un audífono cada cinco años. Se requiere remisión y autorización.</p>	\$0
	<p><b>Examen de detección de VIH</b></p> <p>El plan paga por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soliciten una prueba de detección de VIH; o</li> <li>• tengan mayor riesgo de infección por VIH.</li> </ul> <p>Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.</p>	\$0
	<p><b>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria*</b></p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliares, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> <li>• Ayuda médica domiciliaria cuando sea provista por un servicio de enfermería.</li> </ul>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Terapia de infusiones en el hogar</b></p> <p>Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• equipos, como una bomba; <b>y</b></li> <li>• suministros, como un tubo o un catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; <b>y</b></li> <li>• 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.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidados de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de centros de cuidado paliativo certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas.</li> <li>• Servicios de atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p><b>Los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero no por la Parte A o B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Molina Dual Options:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> si necesita una atención distinta a los cuidados paliativos, debe llamar a su Coordinador de Cuidados para organizar los servicios. La atención distinta a los cuidados paliativos es la que no está relacionada con su enfermedad terminal. Puede contactar a su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8 p. m, hora del este.</p>	<p>\$0</p>

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



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Inmunizaciones</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacuna contra el COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas, si usted corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B o Medicaid de Michigan.</li> </ul> <p>El plan pagará por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Hospitalizaciones: servicios cubiertos en un hospital o en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria);</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina.</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias.</li> <li>• Medicamentos y medicinas.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas.</li> <li>• Servicios de quirófano y sala de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados.</li> <li>• Sangre, incluyendo su conservación y administración. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ El plan pagará por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite.</li> <li>◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de médicos.</li> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral.</li> </ul> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para él.</p> <p>Si los proveedores de trasplante aceptan Molina Dual Options, usted puede obtener servicios de trasplante de manera local dentro de la red de Molina. También puede obtener servicios de trasplante fuera del área de servicio (fuera de la red) si Molina Dual Options no puede proporcionar un trasplante dentro de la red. Si tiene que viajar a una ubicación lejos y fuera del área de servicio, Molina hará las coordinaciones o pagará por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si requiere viajar para su trasplante aprobado, hágale con su Coordinador de Cuidados de Molina Dual Options.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</b></p> <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid son proporcionados por planes regionales de salud prepagos para pacientes internados (Pre-paid Inpatient Health Plan, PIHP) o proveedores de servicios de salud mental comunitarios (Community Mental Health Services Provider, CMHSP). Esto incluye servicios para pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Si vive en los condados de Wayne y Macomb, el plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para este servicio. Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.</p> <p>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados debe aprobar la admisión para una internación psiquiátrica en hospital.</p>	\$0
	<p><b>Materiales y servicios para enfermedades renales</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo.</li> <li>◦ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales.</li> </ul> </li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o no puede acceder a él.</li> <li>• Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales.</li> <li>• Entrenamiento en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio.</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>• Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Examen de detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p><b>Beneficio de comidas*</b></p> <p>Este programa está exclusivamente diseñado para mantenerlo saludable y fuerte mientras se recupera 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. Si califica, su Administrador de Casos del plan lo inscribirá en el programa.</p> <p>También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su afección crónica.</p> <p>El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.</p>	\$0
	<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo remita su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de los servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que usted obtenga servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la remisión cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico.</li> <li>• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</li> <li>• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>• El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos de trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Parte D cubre medicamentos inmunosupresores, si la Parte b no los cubre si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió el trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento.</li> <li>• 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.</li> <li>• ciertos fármacos anticancerígenos orales: 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). A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace</li> <li>• medicamentos orales contra la náusea: Medicare cubre los medicamentos orales contra la náusea que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra la náusea por vía intravenosa.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Es posible que sea necesaria la Terapia Progresiva para ciertos medicamentos.</p>

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

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ciertos medicamentos orales para la Insuficiencia Renal Terminal (IRT) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y los beneficios de la Parte B para la IRT lo cubren.</li> <li>• medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y los anestésicos tópicos.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Procrit®).</li> <li>• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li> <li>• nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)</li> </ul> <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: <a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a></p> <p>También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D de Medicare.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	
	<p><b>Transporte médico que no sea de emergencia*</b></p> <p>El plan cubrirá el transporte ilimitado para viajar hacia sus citas médicas o desde estas y a las farmacias, si este es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no sea de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Furgoneta equipada con silla de ruedas.</li> <li>• Vehículo de servicio</li> <li>• Taxi</li> <li>• Servicios de viajes compartidos.</li> <li>• Autobús/metro.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Cuidado en los centros de enfermería*</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada o habitación privada, si es médicamente necesario.</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación.</li> <li>• Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Análisis de laboratorio realizados por centros de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores.</li> </ul> <p>Por lo general, usted obtendrá su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería).</li> <li>• Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted califica para la atención en un centro de enfermería.</li> <li>• La residencia para personas mayores donde estuvo viviendo cuando se afilió en Molina Dual Options.</li> </ul> <p>Este servicio busca ser un cuidado de custodia a largo plazo y no se superpone con la atención en centros de enfermería especializada.</p> <p>Usted debe cumplir con los estándares de nivel de atención para un centro de enfermería de Michigan Medicaid para obtener este servicio.</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando su ingreso excede una suma de asignación, debe contribuir al costo de su centro de cuidado de enfermería. Esta contribución, conocida como Suma de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA), se necesita si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no deba realizar pagos cada mes.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p>
	<p><b>Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará por servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

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

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</b>            Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de ingesta.</li> <li>• Pruebas periódicas.</li> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos.</li> <li>• asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas).</li> </ul>	\$0
	<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</b>            El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos*.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos*.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Sangre, comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite, lo que incluye el almacenamiento y la administración*.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias*.</li> </ul> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión para servicios sanguíneos.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios hospitalarios ambulatorios*</b></p> <p>El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario admitirlo en el hospital como “paciente internado”.</li> <li>◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente “ambulatorio”.</li> <li>◦ Puede obtener más información sobre las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, tales como férulas y yesos.</li> <li>• Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de Beneficios.</li> <li>• Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Atención médica mental ambulatoria*</b></p> <p>Los beneficios de salud conductual para los miembros de MI Health Link son administrados por los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) Para obtener información sobre los beneficios de Medicaid, los residentes del Condado de Macomb deben llamar a la Salud Mental Comunitaria del Condado de Macomb al (855) 996-2264. Para obtener los beneficios de Medicare para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Los residentes del condado de Wayne deben llamar al Centro de acceso al (800) 241-4949.</p> <p>El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes profesionales con licencia del estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatra o médico.</li> <li>• Psicólogo clínico.</li> <li>• Un trabajador social clínico.</li> <li>• Un especialista en enfermería clínica.</li> <li>• Un terapeuta profesional autorizado(LPC)</li> <li>• Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT).</li> <li>• Enfermera especializada.</li> <li>• Auxiliar médico, o</li> <li>• Cualquier otro profesional de atención médica de la salud mental calificado por Medicare o Michigan Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</li> </ul> <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid son proporcionados por planes regionales de salud prepagos para pacientes internados (Pre-paid Inpatient Health Plan, PIHP) o proveedores de servicios de salud mental comunitarios (Community Mental Health Services Provider, CMHSP). Esto incluye la atención médica de salud mental ambulatoria.</p>	\$0
	<p><b>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</b></p> <p>El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) y otros centros de salud.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) para estos servicios. Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.</p>	\$0
	<p><b>Cirugía ambulatoria*</b></p> <p>El plan pagará por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	\$0
	<p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Usted obtiene \$25 cada mes para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice.</p> <p>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.</p> <p>Puede hacer su pedido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En línea:</b> consulte <a href="http://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a></li> <li>• <b>Por teléfono:</b> llame al (877) 208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</li> <li>• <b>Por correo:</b> complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de Productos OTC.</li> <li>• <b>Tarjeta de débito OTC:</b> a través de las tiendas minoristas participantes.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>Usted obtiene \$25 cada mes para comprar artículos, productos y medicamentos OTC aprobados por el plan.</p> <p>Los \$25 que obtiene cada mes vencen al final del período mensual. No se transfiere al siguiente período mensual, así que asegúrese de gastar cualquier monto no utilizado antes de que finalice el mes.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima.</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones.</p>

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*</b></p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Este plan pagará los servicios de salud conductual especializados de Medicaid (que incluyen servicios de hospitalización parcial):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid son proporcionados por:</li> </ul> <p>Planes regionales Pre-paid Inpatient Health Plans (PIHP) o Community Mental Health Services Providers (CMHSP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vive en el condado de Wayne, el plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para este servicio.</li> <li>• Para obtener los beneficios de Medicare para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.</li> <li>• Los residentes del condado de Macomb deben comunicarse con Salud Mental Comunitaria del Condado de Macomb al 1-855-996-2264. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.</li> <li>• Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de atención personal*</b></p> <p>El plan pagará por asistencia práctica para ayudarle a mantenerse en su hogar tanto como sea posible. Los servicios incluyen actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), que son tareas tales como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio también puede incluir actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) pero solo cuando también hay una necesidad para ADL. Las IADL incluyen cosas como ir de compras, lavar la ropa, preparar comidas, recordatorios de medicamentos y transporte a sus citas.</p>	\$0
	<p><b>Sistema personal de respuesta a emergencias*</b></p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia. También puede llevar consigo un botón de “ayuda” que le permita la movilidad. El sistema se conecta a su teléfono y está programado para emitir una señal al centro de respuesta una vez que se activa el botón “ayuda”.</p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Consultorio del médico.</li> <li>◦ Centro de cirugía ambulatoria certificado*.</li> <li>◦ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital*.</li> </ul> </li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista</li> <li>• Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de cuidados primarios, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento.</li> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage renal Disease, ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente.</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud.</li> <li>◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.</li> <li>◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No es un paciente nuevo; <b>y</b></li> <li>◦ La revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>◦ La revisión no deriva en una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no es un paciente nuevo y</li> <li>◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y</li> <li>◦ La evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o a los registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> <li>• Atención dental no de rutina*. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas.</li> <li>◦ Ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales.</li> <li>◦ Extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; <b>o</b></li> <li>◦ Servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
	<p><b>Servicios de podología*</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón).</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.</li> <li>• Hasta 6 visitas por año para cuidados del pie rutinario.</li> </ul>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, el plan paga por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de tacto rectal.</li> <li>• Examen de un antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).</li> </ul>	\$0
	<p><b>Dispositivos protésicos y ortóticos y suministros relacionados*</b></p> <p>Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Entre estos se incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortóticos.</li> <li>• Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía.</li> <li>• Marcapasos.</li> <li>• Aparatos ortopédicos.</li> <li>• Zapatos ortopédicos.</li> <li>• Piernas y brazos artificiales.</li> <li>• Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).</li> </ul> <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortóticos. También pagará para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	\$0
	<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar*</b></p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD.</p>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Atención de relevo*</b></p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo de forma intermitente para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de cuidado durante los momentos en los que le provean cuidado sin pagos.</p> <p>Las necesidades de alivio del personal de turno o por horas deben acomodarse según las sustituciones del personal, ajustes del plan o cambios de lugar y no según la atención de relevo.</p> <p>No se busca que el relevo se proporcione a largo plazo de forma continua cuando sea parte de servicios diarios que no permitirán que el cuidador sin paga pueda trabajar a tiempo completo en otro lugar.</p> <p>Los servicios de relevo se limitan a 14 estadías para pasar la noche en 365 días, a menos que Molina Dual Options apruebe más tiempo.</p>	\$0
	<p><b>Examen de detección y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS)</b></p> <p>El plan pagará exámenes de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer alguna ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan pagará hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ETS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará por estas sesiones de asesoramiento como un servicio de prevención únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario.</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación.</li> <li>• Sangre, incluidas su conservación y administración. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ El plan pagará por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite.</li> <li>◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada.</li> </ul> </li> <li>• Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Análisis de laboratorio realizados por centros de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería.</li> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores.</li> </ul> <p>No es necesaria una estadía en el hospital para obtener atención en SNF.</p> <p>Por lo general, usted obtendrá su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería).</li> <li>• Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted deja el hospital.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Estipendio para costos de mantenimiento de un animal de servicio*</b></p> <p>El plan pagará hasta \$20 al mes por costos de mantenimiento de un animal de servicio si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted recibe servicios de atención personal, <b>y</b></li> <li>• Usted está certificado como discapacitado debido a una condición específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, tal como, artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, derrame cerebral o lesión de la columna vertebral, <b>y</b></li> <li>• El animal de servicio está entrenado para cumplir con sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad.</li> </ul> <p>Su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio deberá utilizarse en primer lugar para cumplir con sus necesidades de atención personal.</p>	\$0
	<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)*</b></p> <p>El plan pagará por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) que tengan una derivación para la PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET.</li> <li>• 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica le considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación).</li> <li>• En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico.</li> <li>• Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD.</li> <li>• Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo.</li> </ul>	\$0

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<p><b>Servicios de Administración de Casos Específicos (Targeted Case Management, TCM)</b></p> <p>El plan pagará los servicios de TCM para miembros que tengan necesidades de atención de salud física o conductual crónicas o complejas; y fue un recluso reciente o residió involuntariamente en una prisión o cárcel del condado.</p> <p>Los servicios de TCM ayudarán a los miembros a obtener acceso a servicios médicos, sociales, educativos o de otro tipo que sean adecuados. Los servicios de TCM incluyen evaluaciones, planificación, vinculación, defensa, coordinación de la atención, derivación, seguimiento y actividades de seguimiento (p. ej., educación y apoyo).</p>	\$0
	<p><b>Atención médica urgente</b></p> <p>La atención médica urgente es la atención proporcionada para el tratamiento de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un caso que no es de emergencia; o</li> <li>• una enfermedad médica imprevista; o</li> <li>• una lesión; o</li> <li>• una afección que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención médica urgente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Puede recibir servicios de atención médica urgente cuando la necesita, en cualquier lugar en EE. UU. o en sus territorios; se requiere autorización previa para la Atención necesaria urgente fuera de la red.</p> <p>La atención médica urgente no está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Solo los Servicios de emergencia están cubiertos fuera del estado de Michigan sin autorización previa.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Cuidado para la vista</b></p> <p>El examen de la vista de rutina está cubierto una vez cada dos años.</p> <p>El plan pagará por un par de anteojos iniciales. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez al año.</p> <p>El plan pagará por los lentes de contacto para algunas personas con ciertas afecciones.</p> <p>Se requiere autorización previa para lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos), lentes para anteojos y marcos para anteojos.</p> <p>El plan pagará por ayuda básica y esencial para la visión reducida (tales como telescopios, microscopios y otra ayuda para visión reducida).</p> <p>El plan pagará por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad.</p> <p>Para las personas con mayor riesgo de glaucoma, el plan cubrirá un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma;</li> <li>• personas con diabetes;</li> <li>• afroamericanos de 50 años o mayores; e</li> <li>• hispanoamericanos de 65 años o mayores.</li> </ul> <p>El plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>El plan también pagará por lentes correctivos y armazones, así como reemplazos si los necesita después de una operación de cataratas sin un implante de lente.</p>	\$0

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p><b>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una revisión de su salud.</li> <li>• Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluidos los exámenes y las vacunas); <b>y</b></li> <li>• remisión a atención adicional si la necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> cubrimos la visita preventiva de bienvenida a Medicare únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0

<b>Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
<p><b>Programa Diurno para Adultos*</b></p> <p>El plan cubre las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted califica. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporciona atención personal <b>y</b></li> <li>• Promueve el bienestar social, físico y emocional.</li> </ul> <p>Los servicios se proporcionan por cuatro horas o más por día regularmente en base a un cronograma, por uno o más días en la semana o como se especifique en el plan de cuidados.</p>	\$0
<p><b>Tecnología de Asistencia*</b></p> <p>Si califica, el plan cubre artículos tecnológicos para incrementar, mantener o mejorar su funcionamiento y promover su independencia. Entre los ejemplos de servicios se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elevadores de furgonetas</li> <li>• controles manuales;</li> <li>• sistema de voz computarizado;</li> <li>• tableros de comunicación;</li> <li>• trabas de puertas con activación por voz;</li> <li>• mecanismos de puertas eléctricas;</li> <li>• intercomunicador o alarma especializados;</li> <li>• dispositivo de marcación asistida.</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios de Tarea*</b></p> <p>Los servicios cubiertos del plan que son necesarios para mantener su hogar en un ambiente limpio, sanitario y seguro si califica. Entre los ejemplos de servicios se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tareas pesadas del hogar (lavar pisos, ventanas y paredes);</li> <li>• pegado provisional de alfombras y azulejos flojos;</li> <li>• mover artículos pesados de los muebles;</li> <li>• guadañar, despejar y limpiar residuos peligrosos, tales como árboles y ramas caídas;</li> </ul> <p>El plan puede también cubrir los materiales y los suministros desechables que se utilizan para completar las tareas.</p>	\$0

<b>Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
<p><b>Modificaciones Ambientales*</b></p> <p>El plan cubre modificaciones a su hogar si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o hacer que se sienta más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instalación de rampas y barandas</li> <li>• ampliación de la puerta de entrada</li> <li>• modificación de batería de baños</li> <li>• instalación de sistemas eléctricos especializados que son necesarios para adaptar suministros y equipo médico.</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios Expandidos para Vivir en Comunidad*</b></p> <p>Para obtener este servicio, <b>debe</b> tener la necesidad de que lo incentiven, lo ayuden, lo observen, lo guíen, le enseñen o le recuerden para que se lo ayude a completar sus actividades de la vida diaria (ADL), tales como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, otras relacionadas con su higiene personal, etc.</p> <p>Si necesita este servicio, también puede obtener asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), tales como lavar la ropa, preparación de comidas, transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con la medicación, compras, ir a sus citas médicas u otras tareas del hogar. También puede incluir incentivo, ayuda, guía, enseñanza, observación, recordatorio u otra ayuda para que pueda completar usted mismo sus IADL.</p>	\$0
<p><b>Servicios Fiscales Intermediarios*</b></p> <p>El plan pagará por intermediarios fiscales (FI) para que lo asistan si vive de manera independiente en la comunidad mientras controla su presupuesto de manera individual y elige trabajar en conjunto con el personal. FI lo ayuda a administrar y distribuir los fondos de su presupuesto individual. Utiliza estos fondos para adquirir servicios basados en la comunidad y el hogar dentro de su plan de cuidados. Tiene la autoridad de contratar al cuidador que elija.</p>	\$0
<p><b>Comidas entregadas a domicilio*</b></p> <p>El plan cubre hasta dos comidas diarias preparadas llevadas a su casa si usted califica.</p>	\$0
<p><b>Transporte no médico*</b></p> <p>El plan cubre servicios de transporte para permitirle que acceda a los servicios de exención y otros servicios de la comunidad, actividades y recursos, si usted califica.</p>	\$0

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

<b>Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
<p><b>Servicios de Enfermería Preventivos</b></p> <p>El plan cubre servicios de enfermería provistos por una enfermera registrada (RN) o enfermera practicante autorizada (LPN). Puede requerir observación y evaluación de la integridad de la piel, niveles de azúcar en sangre, rango recetado de ejercicios de movimiento o estado físico para calificar. Puede obtener otros servicios de enfermería durante las consultas de la enfermera a su hogar. Estos servicios no se proporcionan de manera continua.</p> <p>Se limitan a no más de dos horas por consulta.</p> <p>Los miembros que reciben los servicios privados de enfermería de guardia no son elegibles para recibir servicios de enfermería preventivos.</p>	\$0
<p><b>Enfermería de Guardia Privada (PDN)*</b></p> <p>El plan cubre los servicios de enfermería especializada para individuos y de forma continua, hasta un máximo de 16 horas por día, para satisfacer sus necesidades de salud que se relacionen directamente con una discapacidad física.</p> <p>PDN incluye la provisión de una evaluación de enfermería, tratamiento y observación provistos por una enfermera autorizada, de acuerdo con las órdenes de un médico y su plan de cuidados.</p> <p>Debe cumplir con ciertos requisitos médicos para calificar para este servicio.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p><b>Servicios de atención de relevo*</b></p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo de forma intermitente para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de cuidado durante los momentos en los que le provean cuidado sin pagos.</p> <p>Las necesidades de alivio del personal de turno o por horas deben acomodarse según las sustituciones del personal, ajustes del plan o cambios de lugar y no según la atención de relevo.</p> <p>No se busca que el relevo se proporcione a largo plazo de forma continua cuando sea parte de servicios diarios que no permitirán que el cuidador sin paga pueda trabajar a tiempo completo en otro lugar.</p>	\$0

## E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Dual Options, pero están disponibles a través de Medicare o Michigan Medicaid.

### E1. Cuidados paliativos

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

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

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

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

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

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

#### Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Molina Dual Options:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Usted no paga nada por estos medicamentos.

#### Por servicios cubiertos por Michigan Medicaid:

- El proveedor facturará sus servicios a Molina Dual Options. Molina Dual Options pagará los servicios cubiertos por Michigan Medicaid. Usted no paga nada por estos servicios.

**Nota:** si necesita una atención distinta a los cuidados paliativos, debe llamar a su Coordinador de Cuidados para organizar los servicios. La atención distinta a los cuidados paliativos es la que no está relacionada con su enfermedad terminal. Puede contactar a su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

### E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP).

Los siguientes servicios están cubiertos por Molina Dual Options, pero están disponibles a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) y su proveedor de la red.

#### Atención conductual para pacientes internados

- El plan pagará por servicios de salud conductual que requieren de una estadía en el hospital.

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

### Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

- Pagaremos por servicios de tratamientos que son provistos por el departamento ambulatorio del hospital si, por ejemplo, le han dado de alta de su internación para el tratamiento por abuso de sustancias o si necesita un tratamiento, pero no requiere el nivel de los servicios provistos en la internación del hospital. Consulte la cobertura de los servicios del programa de tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP) en la Tabla de Beneficios de la Sección D.

### Servicios de hospitalización parcial

- El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital.

Si está recibiendo servicios a través del PIHP, consulte el *Manual del Miembro* del PIHP para más información y trabaje con su coordinador de atención para obtener los servicios provistos a través del PIHP.

---

## F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare, o Michigan Medicaid

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

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

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

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

- Servicios considerados como no justificados ni necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid de Michigan, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es necesario desde el punto de vista médico y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital o centro de enfermería, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Las enfermeras de guardia privadas para aquellos que califican para este servicio de exención.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.

---

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

- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines estéticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción del seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará por anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Reversión de procedimientos de esterilización.\*
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios que no son de emergencia prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (Veteran Affairs, VA).
- Abortos electivos y servicios relacionados.
- Servicios para el tratamiento de infertilidad.

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

---

### Introducción

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

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

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

### Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

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

1. Debe solicitarle al médico u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención médica primaria lo refirió.
2. La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.
4. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo).
  - Si no está en la *Lista de Medicamentos*, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinadas referencias médicas.
6. Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C.

---

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

## Tabla de Contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas .....	96
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica .....	96
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica .....	96
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red .....	96
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red .....	96
A5. Cómo usar una farmacia especializada .....	96
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos .....	97
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos .....	98
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan .....	98
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica .....	99
B. Lista de Medicamentos del plan .....	99
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos .....	99
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos .....	100
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos .....	100
B4. Categorías de la Lista de medicamentos .....	101
C. Límites para algunos medicamentos .....	101
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto .....	102
D1. Obtener un suministro temporal .....	103
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	105
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales .....	107
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan .....	107
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo .....	107
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare .....	107
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....	108
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura .....	108
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos .....	108
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura .....	109

---

## A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

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

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

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

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o pídale a la farmacia que busque su información de 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.** Puede pedirnos luego que le reembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Coordinador de Cuidados.

### A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Coordinador de Cuidados.

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

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

Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red de Molina Dual Options en su área, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su Coordinador de Cuidados también puede ayudarlo a encontrar una nueva farmacia.

### A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.

---

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

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- 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 puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Cuidados.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, para una 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 en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de *al menos* 31 días y no mayor de 100 días. Un suministro de 100 días no necesita copago.

### ¿Cómo puedo surtir mis recetas médicas por correo?

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este o puede visitar [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals).

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 14 días. Llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, si su pedido por correo está demorado.

### Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

#### 1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

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

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

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

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

## 3. Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo

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

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

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de resurtido por correo, contáctenos llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

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

## A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días no necesita copago. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios

donde usted puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero a Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

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

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

## A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total cuando obtenga la receta médica. Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.

Para conocer más sobre este tema, consulte el Capítulo 7.

---

## B. Lista de Medicamentos del plan

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

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

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

### B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

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

La *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y 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 fármacos típicos. En la *Lista de Medicamentos*, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. *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 y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación 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 de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

---

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

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

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted puede:

- Consultar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite la página web del plan en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals). La *Lista de Medicamentos* que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comunicarse con Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilizar nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” en [Caremark.com](http://Caremark.com) o llamar a su Coordinador de atención. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección.

## B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

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

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

- 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.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.

---

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

- medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

## B4. Categorías de la Lista de Medicamentos

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

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

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

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

---

## C. Límites para algunos medicamentos

### ¿Por qué existen límites para algunos medicamentos?

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

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

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

### ¿Qué tipos de reglas existen?

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

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

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

Parte B vs. Parte D: algunos medicamentos pueden ser cubiertos por la Parte D o Parte B de Medicare según las circunstancias.

---

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

### 1. Limitación al uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, está disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable

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

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

### 2. Obtención de aprobación previa del plan

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

### 3. Probar primero un medicamento diferente

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

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

### 4. Límites de cantidades

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

### ¿Se aplica alguna de estas reglas a sus medicamentos?

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestra página web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

---

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

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

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

---

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

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

## D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro provisional de un medicamento cuando el medicamento no está incluido en la *Lista de Medicamentos*, o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo a usted para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que haya estado tomando:
  - ya no está en la *Lista de Medicamentos del plan*, o
  - nunca estuvo en la *Lista de medicamentos del plan*, o
  - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

Para medicamentos de Medicare Parte D:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
  - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varias renovaciones hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Es nuevo en el plan.
  - Cubrimos un suministro provisional de su **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía del plan**.
  - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
  - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varias renovaciones hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediato.
  - Cubrimos un suministro por 31 días o menos si su receta 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, tales como una terapia progresiva o dosis limitadas, nosotros cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta médica sea 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 sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y comprados en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar 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.
- Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Para los medicamentos de Medicaid de Michigan:

- Es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de medicamentos Michigan Medicaid de hasta 90 días calendario luego de la afiliación y no lo terminaremos al finalizar los 90 días calendario sin previo aviso y una transición hacia otro medicamento, si es necesario.
  - Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

## O

- Puede solicitar una excepción.

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

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

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita pedir una excepción, puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros.

---

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

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir si exigir o no una autorización previa (Prior Approval, PA) para un medicamento. (Una PA es la autorización que otorga Molina Dual Options antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límites de cantidades).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia progresiva con respecto a un medicamento. (Terapia progresiva significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento).

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

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

- surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que sea tan efectivo como el medicamento en la *Lista de Medicamentos* actual; o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento es retirado del mercado.

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

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

- Consultar en línea la *Lista de Medicamentos* actualizada de Molina Dual Options en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals) o
- Llamar a Servicios para Miembros para consultar la *Lista de Medicamentos* actual al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

### Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante este año del plan

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

- **Se encuentra disponible un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que ya figura en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.

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

- Es posible que no le avisemos antes de efectuar el cambio, pero le enviaremos información sobre los cambios específicos que hagamos cuando esto ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Algunos cambios a la *Lista de Medicamentos* pueden incluir:

- **Hay disponible un nuevo medicamento genérico o biosimilar intercambiable.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que se

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

encuentra en la *Lista de Medicamentos* ahora. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca o el producto biológico original y añadir el nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero su coste por el nuevo medicamento o un biosimilar intercambiable seguirá siendo el mismo.

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

Cuando estos cambios sucedan:

- le avisaremos al menos 30 días antes de implementar el cambio en la *Lista de Medicamentos* o
- le avisaremos y le daremos un suministro de 31 días del medicamento de marca o producto biológico original después de que pida una renovación.

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

- Si debe cambiar por un medicamento genérico o biosimilar intercambiable o si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
  - Si pide una excepción a estos cambios. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o eficaz, o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, se retirará inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

**Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma.** Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;

Cuando estos cambios sucedan:

- le avisaremos al menos 30 días antes de implementar el cambio en la *Lista de Medicamentos* o
- Le avisaremos y le daremos la cantidad de medicamentos para 31 días después de que pida una renovación.

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

- Si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar, o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

### **Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante el año en curso del plan**

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma, que no se describen arriba, y que no afectan los medicamentos que toma ahora. En este caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que esté tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

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.

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

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

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

- Si es miembro de un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, un antiemético, un laxante o medicamentos contra la ansiedad) que no está cubierto por el centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de su médico que receta o su proveedor de cuidados paliativos con respecto a que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

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

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

---

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

---

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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

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

Si toma medicamentos para distintas enfermedades o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarle a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. 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 y hablará con usted sobre:

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

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

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

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

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

---

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

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

Molina Dual Options tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos con 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 sus recetadores para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

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

Si creemos que deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. 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 proveedor o farmacia específicos.

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

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

El DMP puede no aplicar a usted si:

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

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

---

### Introducción

En este capítulo se le indica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos recetados de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Michigan Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Michigan Medicaid, usted obtiene “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para ayudarle a pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D de la Parte D de Medicare.

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

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

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

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
  - Nosotros la llamamos “Lista de Medicamentos”. Le indica:
    - Qué medicamentos paga el plan.
    - En cuál de las tres (3) categorías se encuentra cada medicamento.
    - Si hay algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals). La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.
  - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio del plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos recetados que *no* están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Usted puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

---

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

- Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

## Tabla de Contenidos

A. La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) .....	112
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos .....	112
C. Un resumen de la cobertura de medicamentos .....	113
C1. Las categorías del plan .....	113
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....	113
C3. Resumen de cobertura de medicamentos .....	114
D. Vacunas .....	114
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna .....	115



---

## A. La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos el control de los costos de sus medicamentos. Esto incluye la suma de dinero que el plan (o terceros que paguen en su nombre) paga por usted por sus recetas médicas.

- Sus **gastos de bolsillo**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas. 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, cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales por medicamentos**. Es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizarán en los gastos totales de su propio bolsillo de la Parte D.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

---

## B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

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

### 1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

Exhiba su tarjeta de identificación del miembro cada vez que le surtan una receta médica. Esto nos ayudará a saber qué recetas médicas se le surten y lo que paga.

### 2. Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los costos totales. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su propio bolsillo.

---

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

### 3. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando usted reciba una *EOB* por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

---

## C. Un resumen de la cobertura de medicamentos

Como miembro de Molina Dual Options, usted no paga nada por los medicamentos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) y recetados, siempre que siga las normas de Molina Dual Options.

### C1. Las categorías del plan

Las categorías son grupos de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de tres (3) categorías. Los medicamentos de cualquiera de estas categorías no tienen ningún costo para usted.

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

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

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

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

### C3. Resumen de cobertura de medicamentos

Su cobertura por un suministro de un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto en:

	<b>Una farmacia de la red</b> Suministro de un mes o de hasta 100 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b> Suministro de un mes o de hasta 100 días	<b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b> Suministro de hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b> Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles.
<b>Categoría 1</b> (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Categoría 2</b> (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Categoría 3</b> (Medicamentos de venta libre [OTC]/ medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

## D. Vacunas

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

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

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

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

## D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

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

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

---

### Introducción

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

### Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos .....	117
B. Cómo enviar una solicitud de pago .....	118
C. Decisión de cobertura .....	119
D. Apelaciones .....	119



## A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

**Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos y ya pagó la factura, tiene un derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

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

A continuación, enumeramos ejemplos de cuándo puede solicitar que nuestro plan le reembolse o que paguemos una factura que recibió:

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

Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga la suma total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya ha pagado por el servicio, le haremos un reintegro.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Exhiba su tarjeta de identificación del miembro del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o receta. Una facturación inadecuada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan.

**Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.**

- Debido a que el plan Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener información adicional acerca de las farmacias fuera de la red.

---

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

- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

#### 4. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta médica porque no tiene su tarjeta de identificación del miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

#### 5. Cuando paga el costo total de una receta de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) 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, es posible que tenga que pagar el costo total de este.
  - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
  - Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

---

## B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y la constancia de cualquier pago que haya realizado. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su Coordinador de Cuidados.

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

Para servicios médicos:  
Molina Dual Options  
Attn: Appeals & Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach CA, 90801-9977

---

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

Para servicios de la Parte D (Recetas médicas) y medicamentos de Medicaid:  
Molina Dual Options  
7050 Union Park Center Suite 600  
Midvale, UT 84047

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 36 meses posteriores a haber recibido el medicamento.

**Debe enviarnos su reclamo dentro de los 365 días posteriores a haber recibido el servicio.**

---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidiremos si su atención médica o el medicamento están cubiertos por el plan.** También decidiremos la suma, si la hubiere, que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos.

- Le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó. 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 es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos al proveedor directamente.

En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el Capítulo 5, se detallan las normas para obtener los medicamentos recetados cubiertos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no lo hacemos. En la carta, también le explicaremos sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

---

## D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la suma que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reintegro por un servicio de atención médica, consulte la sección E.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la Sección F.

---

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

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs .....	121
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos .....	122
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (personal health information, PHI) .....	123
C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI) .....	123
C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica .....	123
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos .....	129
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente .....	130
F. Su derecho a abandonar el plan .....	130
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	131
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica .....	131
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo .....	131
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....	132
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	132
H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos .....	133
I. Sus responsabilidades como miembro del plan .....	133

---

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



## A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

Tiene derecho a que le traten con dignidad, respeto y la debida consideración por su privacidad. To be free from any form of restraint or seclusion as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation, as specified in federal regulations on the use of restraints and seclusion. Tiene derecho a que se le garantice la privacidad y confidencialidad en todos los aspectos de su atención y su información médica, a menos que la ley exija lo contrario. Tiene derecho a opinar sobre la gestión y el funcionamiento del sistema integrado, el proveedor y el plan de salud. Debemos garantizar que todos los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sobre sus derechos en una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que usted se encuentre inscrito en el plan.

Tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, orientación sexual, historial médico o de reclamos, discapacidad mental o física, información genética o fuente de pago.

- Para obtener información en una manera que usted comprenda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este o con su Coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m, hora del este. Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales gratuitos en otros idiomas que no sea inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita.
- Puede solicitarnos que le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina solicitud permanente. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que realizarnos este pedido cada vez que le enviemos información. Para obtener esta información en otro idioma que no sea inglés, comuníquese con el estado al (800) 642-3195, los usuarios de TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este, para que actualicemos su registro con su idioma preferido. Para obtener esta información en otro formato, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, los usuarios de TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Un representante puede ayudarle a hacer o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de atención para que le ayude con las solicitudes permanentes.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede presentar un reclamo a Michigan Medicaid. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

### B1. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلي احتياجاتك

لديك الحق في أن تحظى بمعاملة كريمة تتسم بالاحترام ومراعاة خصوصيتك. وألا تتعرض لأي شكل من أشكال التقييد أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه أو العقاب أو المجاملة أو الانتقام على النحو الموضح في اللوائح الفيدرالية حول استخدام القيود والعزلة. لديك الحق في أن تحظى بالخصوصية والسرية خلال جميع جوانب الرعاية وفيما يتعلق بجميع معلومات الرعاية الصحية، ما لم ينص القانون على خلاف ذلك. لديك الحق في التعبير عن رأيك في إدارة وتشغيل النظام المتكامل ومقدمي الخدمات والخطة الصحية. يجب علينا التأكد من تقديم كل الخدمات إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويمكن الوصول إليها. يتعين علينا أيضاً إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

لديك الحق في عدم التعرض للتمييز على أساس العرق أو الإثنية أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو العمر أو التوجه الجنسي أو التاريخ الطبي أو المطالبات أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو المعلومات الوراثية أو مصدر الدفع.

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

- للحصول على معلومات بطريقة تستطيع استيعابها، قم بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: يمكن الاتصال على الرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت الشرقي القياسي، أو بمنسق الرعاية الخاص بك على الرقم 735-5604 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY) يمكنهم الاتصال على الرقم 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحاً إلى 5 مساءً، حسب التوقيت الشرقي القياسي. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا كذلك المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو بتنسيقات صوتية مجاً. يمكنك الاتصال على الرقم 735-5604 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): يمكنهم الاتصال على الرقم 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي القياسي. هذا الاتصال مجاني.
- يمكنك أن تطلب منا إرسال المعلومات إليك دائماً باللغة أو بالتنسيق الذي تطلبه. ويُسمى هذا بالطلب الدائم. وسنراعي طلبك الدائم، ما يعني أنك لن تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذا المستند بلغة أخرى بخلاف الإنجليزية، يُرجى الاتصال بالولاية على الرقم 642-3195 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة "TTY"، يمكنهم الاتصال بالرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً إلى 7 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي لتحديث سجلك بلغتك المفضلة. وللحصول على هذا المستند بتنسيق مختلف، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة "TTY"، يمكنهم الاتصال بالرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي. وسيساعدك أحد ممثلي خدمة العملاء على تقديم طلب دائم أو تغييره. يمكنك كذلك الاتصال بمنسقة رعايتك لمساعدتك فيما يخص طلباتك الدائمة.
- إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية: خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم 1-800-663-4227. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. كما يحق لك كذلك التقدم بشكوى ضد Michigan Medicaid. يُرجى الاطلاع على الفصل 9 لمعرفة المزيد من المعلومات

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

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

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar de PCP dentro del plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
  - Llame a Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagarle la atención médica fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o cuidados de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (Prior Approval, PA).
- Tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

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

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

---

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

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

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

Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que informa sobre estos derechos. El aviso se llama "Aviso sobre Prácticas de Privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI)

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

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

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

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos. Se nos exige dar a Medicare y *Michigan Medicaid* su PHI. Si Medicare o *Michigan Medicaid* divulgan su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Molina Healthcare of Michigan mantiene toda la Información confidencial de manera estricta y no copia, reproduce, vende, transfiere ni dispone de ninguna otra forma, da o divulga dicha Información confidencial a terceros que no sean empleados, agentes o entidades de primer nivel, descendientes o relacionadas de una parte que tengan la necesidad de conocerla en relación con el cumplimiento de sus obligaciones hacia el Miembro y el Plan.
- Información Confidencial para cualquier propósito que no sea el de la ejecución de este Contrato.

### C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

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

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

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

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

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

---

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

## Su privacidad

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

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

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

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

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

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

### ¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI

### ¿Cómo protege Molina su PHI?

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

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

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

- Mantener en privado su PHI.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Seguir los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

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

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

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presente su queja al Department of Health and Human Services.

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

**Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros Miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestra página web en [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com). También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Servicios para Miembros al (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., EST. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.**

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF MICHIGAN

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

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

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

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

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

#### Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar 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 pagos

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

#### Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle.

---

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

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

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

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

#### **Requisitos legales**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del 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 puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

#### **Investigación**

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

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

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

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

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

#### **Salud y seguridad**

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

---

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

## Funciones gubernamentales

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

## Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

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

## Indemnización al trabajador

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

## Divulgación con otros fines

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

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. 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 de información de salud?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

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

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

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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

- **Revisión y copia de su PHI**

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

- **Enmendar su PHI**

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

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

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

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

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para 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 período de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

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

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y el 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.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of Michigan  
 Attention: Director of Member Services  
 880 W. Long Lake Road, Suite 600  
 Troy, MI 48098  
 Teléfono: (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., ET. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

U.S. Department of Health & Human Services  
 Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations  
 200 Independence Ave., S.W.  
 Suite 515F, HHH Building  
 Dallas, TX 75202  
 (800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY);  
 (202) 619-3818 (FAX)

### ¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.

---

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

- 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 cambios**

**Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y 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, póngase en contacto con la siguiente oficina:

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

Teléfono: (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., ET. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

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

Tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones, las normas y los beneficios del plan en su totalidad, incluso mediante el uso de un intérprete calificado si es necesario. Tiene derecho a acceder a una red adecuada de proveedores primarios y especializados que sean capaces de satisfacer sus necesidades con respecto al acceso físico y las necesidades de comunicación y programación, y que estén sujetos a una evaluación continua de la calidad clínica, incluidos los informes requeridos. Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Este servicio es gratuito. Nuestro plan también dispone de material escrito disponible en español y árabe. También podemos proporcionarle información en formato de audio, en sistema braille o en letra grande. Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
  - Información financiera
  - Cómo ha sido calificado el plan por sus miembros
  - La cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
  - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluye:

---

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

- Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención médica primaria
- Calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
- Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
- Una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals).
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4), medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las reglas que debe seguir, que incluyen lo siguiente:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites para su cobertura y medicamentos
  - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
  - Poner por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que hemos tomado
  - Pagar una factura que usted recibió

---

## E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

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

---

## F. Su derecho a salirse del plan

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

- También tiene derecho a elegir un plan y proveedor en cualquier momento, incluido un plan fuera del programa de Demostración, y que esa elección entre en vigencia el primer día calendario del mes siguiente cuando esa solicitud se reciba antes de los últimos cinco (5) días calendario del mes. Las solicitudes recibidas durante los últimos cinco (5) días calendario del mes resultarán en Inscripciones con fecha de vigencia el primer día calendario del mes posterior al mes siguiente. Por ejemplo, una solicitud recibida el 28 de marzo entrará en vigencia el 1 de mayo.
- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta nuevo.
- Si hay otro plan MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a otro plan MI Health Link y continuar obteniendo los beneficios coordinados de Medicare y Medicaid de Michigan.
- Puede obtener sus beneficios de Michigan Medicaid a través de Medicaid original de Michigan (pago por servicio).

---

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

---

## G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

### G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

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

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deje de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha negado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que fue rechazado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

### G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

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

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

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

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

---

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Michigan Medicaid también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia de dicho documento al hospital.**

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

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

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

### **G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones**

En Michigan, su directiva anticipada tiene obligatoriedad sobre médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones en su directiva anticipada, puede presentar una queja en Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs, Bureau of Community and Health Systems llamando al **1-800-882-6006**.

---

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

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

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

---

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

## H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo(a) han tratado injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos que se indican en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda si llama a las siguientes entidades:

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

---

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

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

---

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

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options, *Michigan Medicaid* paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - *Cualquier prima que tenga del programa Freedom to Work.* Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1 se define nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
  - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Michigan Medicaid sobre su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Michigan Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.
- Los miembros de 55 años o mayores que obtengan servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a recuperación del patrimonio después de su fallecimiento. Para obtener más información, puede hacer lo siguiente:
  - Comunicarse con su Coordinador de Cuidados.
  - Llamar a la Línea de Ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195.
  - Visitar la página web [www.michigan.gov/estaterecovery](http://www.michigan.gov/estaterecovery), o
  - Enviar las preguntas por correo electrónico a [MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov](mailto:MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov)

Usted tiene la responsabilidad de participar plenamente en el mantenimiento de su salud y en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento si lo desea, y debe recibir información y apoyo adecuados para este fin. Específicamente, debe:

- Recibir una Evaluación de Riesgos de Salud al inscribirse en nuestro plan y participar en el desarrollo e implementación del Plan Individual de Atención Integrada y Apoyo. La evaluación incluirá consideraciones de los dominios social, funcional, médico, conductual, de bienestar y prevención, una evaluación de sus objetivos, preferencias, fortalezas y debilidades, y un plan para administrar y coordinar su atención. Usted o un representante autorizado también tienen derecho a solicitar una reevaluación por parte del equipo de atención integrada y participar plenamente en dicha reevaluación.
- Recibir información precisa y completa sobre su estado funcional y de salud por parte del equipo de atención integrada. Podrá recibir información sobre todos los servicios del programa y opciones de atención médica, incluidas las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera culturalmente apropiada, teniendo en cuenta su condición y capacidad de comprensión. Si no puede participar plenamente en las decisiones de tratamiento, tiene derecho a designar un representante. Esto incluye el derecho a tener servicios de traducción disponibles para que la información sea adecuadamente accesible. La información debe estar disponible:
  - Antes de la inscripción

---

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

- En la inscripción
- Cuando sus necesidades requieran la divulgación y entrega de dicha información para permitirle tomar una decisión informada
- Recibir recomendación para que involucre a sus cuidadores o familiares en los análisis y decisiones de tratamiento.
- Recibir una explicación sobre las directivas anticipadas y establecerlas.
- Recibir una notificación con la debida antelación, por escrito, de cualquier traslado a otro centro de tratamiento y el motivo del mismo.
- Tener la oportunidad de presentar una Apelación si se le niegan servicios que usted cree que son médicamente indicados y, en última instancia, poder llevar esa Apelación a un sistema de revisión externo independiente.
- Usted tiene derecho a recibir atención médica y no médica de un equipo que satisfaga sus necesidades, de una manera que tenga en cuenta su idioma y cultura, y en un entorno de atención adecuado, incluido el hogar y la comunidad.
- Usted tiene derecho a no ser el sujeto de ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia, o represalia.
- Usted es libre de ejercer sus derechos y el ejercicio de dichos derechos no afectará negativamente a la forma en que le tratarán el plan de salud y sus proveedores o la Agencia Estatal.
- Usted tiene derecho a recibir información oportuna sobre los cambios del plan. Esto incluye el derecho a solicitar y obtener la información que figura en los materiales de orientación al menos una vez al año, y el derecho a recibir notificación de cualquier cambio significativo en la información proporcionada en los materiales de orientación al menos treinta (30) días calendarios antes de la fecha prevista de entrada en vigor del cambio.
- Usted tiene derecho a estar protegido de la responsabilidad por el pago de cualquier tarifa que sea obligación del plan de salud.
- Tiene derecho a que no se le cobre ninguna distribución de costos por los servicios.
- Tiene derecho a que se le proporcione información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados.

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

---

### Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.

**Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

### Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud a largo plazo

Debe obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de su salud como parte del plan de cuidado. Primero debe intentar trabajar con sus proveedores y con Molina Dual Options. **Si aún tiene algún problema con su atención médica o con nuestro plan, puede llamar al Ombudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Ombudsman de MI Health Link para que lo orienten con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar su preocupación y las formas de contactarlos, consulte el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.

---

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



## Tabla de Contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema .....	139
A1. Información acerca de los términos legales .....	139
B. A dónde llamar para pedir ayuda .....	139
B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	139
C. Qué proceso se puede utilizar para ayudarlo con su problema .....	140
C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas .....	140
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	140
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura .....	140
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura .....	142
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	142
E. Problemas sobre la atención médica .....	144
E1. Cuándo usar esta sección .....	144
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	144
E3. Apelación interna para atención médica .....	147
E4. Apelación Externa para atención médica (no para Medicamentos de la Parte D) .....	151
E5. Problemas de pago .....	156
F. Medicamentos de la Parte D .....	157
F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D .....	157
F2. Qué es una excepción .....	158
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones .....	159
F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción .....	160
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D .....	162
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D .....	164
G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria por más tiempo .....	165
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare .....	165
G2. Apelación del nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital .....	166
G3. Apelación del nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital .....	168
H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto .....	168
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura .....	169
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica .....	169
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica .....	171
I. Opciones de apelación luego de las apelaciones de nivel 2 o apelaciones externas .....	172
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare .....	172
I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicaid de Michigan .....	172

J. Cómo presentar una queja .....	172
J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas .....	172
J2. Quejas internas .....	174
J3. Quejas externas .....	175



---

## A. Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid de Michigan aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

### A1. Información acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” y no “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

---

## B. A dónde llamar para pedir ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

#### **Puede obtener ayuda del Programa de Ombudsman de MI Health Link**

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o para entender qué hacer para solucionar su problema, puede llamar al Programa de Ombudsman de MI Health Link. El Programa de Ombudsman de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros. Puede ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Ombudsman de MI Health Link es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de Ombudsman.

#### **Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Los asesores del MMAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El MMAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. El MMAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del MMAP es 1-800-803-7174. También puede encontrar información en la página web del MMAP, [mmapinc.org](http://mmapinc.org).

---

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

## Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- 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. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

## Cómo obtener ayuda de Michigan Medicaid

También puede llamar a Michigan Medicaid para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio de teléfono vía Internet. También puede enviar un correo electrónico a: [beneficiarysupport@michigan.gov](mailto:beneficiarysupport@michigan.gov).

Livanta es la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de Michigan que puede brindar asistencia si cree que le están dando el alta demasiado pronto. Llame a Livanta al 1-888-524-9900, de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.; sábados, domingos y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m. (TTY: 1-888-985-8775).

## C. Qué proceso se puede utilizar para ayudarlo con su problema

### C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

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

(Esto incluye problemas para saber si determinada atención médica, como artículos médicos, servicios médicos, apoyos y servicios a largo plazo o medicamentos con receta de la Parte B, tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica).

<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p><b>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b></p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Pase a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b>.</p>
---	--

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones se utilizan en el caso trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B recetados, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

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

**NOTA:** Los servicios especializados de salud conductual de Medicaid están cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno por el abuso de sustancias.

Si vive en el condado de Wayne, incluidos los residentes de Detroit, comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre servicios de salud conductual.

707 W. Milwaukee St.  
Detroit, MI 48202  
Llame al: (313) 833-2500  
Llame al: (313) 344-9099  
TTY: (800) 630-1044

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Para obtener los beneficios de Medicare para los residentes del Condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

Si vive en el condado de Macomb y tiene beneficios de Medicaid, comuníquese con Salud Mental Comunitaria del Condado de Macomb para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre servicios de salud conductual.

19800 Hall Rd.  
Clinton Township, MI 48038  
Llame: (855) 996-2264  
TTY: 711  
855-99-MCCMH

[info@mccmh.net](mailto:info@mccmh.net)

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. También estamos tomando una decisión de cobertura cuando usted nos solicita incrementar o cambiar el monto de un servicio, artículo o medicamento que ya esté recibiendo.

Si usted o sus proveedores tienen alguna duda sobre la cobertura de un servicio, artículo o medicamento por Medicare o Michigan Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

---

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

## D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

### ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a su **Coordinador de Cuidados** al <(855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.
- Llame a **Servicios para Miembros** al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- Llame al **Programa de Ombudsman de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Programa de Ombudsman de MI Health Link puede ayudarle con sus inquietudes o problemas con MI Health Link o nuestro plan. El Programa de Ombudsman de MI Health Link es un programa independiente y no está asociado a nuestro plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- Llame al **Programa de asistencia de Michigan Medicare/Medicaid (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP)** para obtener ayuda gratuita. El MMAP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-803-7174.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - 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 del Representante”.
  - Además, puede obtener el formulario visitando [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestra página web en <https://www.molinahealthcare.com/members/mi/en-us/mem/duals/resources/info/forms.aspx>. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- También tiene el derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Si decide tener un abogado, debe pagar por los servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante.
  - Sin embargo, no es necesario que tenga un abogado para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

## D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección correspondiente a su problema:**

- **En la Sección E**, se proporciona información si tiene problemas con la atención médica (**no** con medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica u otros apoyos y servicios que desea, y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
  - No aprobamos atención médica que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica y que es médicamente necesaria.

---

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

- **NOTA:** solo utilice la **Sección E** si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, con un (\*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F** para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.
- Usted recibió atención médica que cree que debería estar cubierta, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
- Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea solicitar que le demos un reembolso.
- A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
  - **NOTA:** si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Consulte las **secciones G y H**.
- En ocasiones puede desestimarse una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien realiza la solicitud por usted, pero no proporcionó pruebas de que usted lo autorizó, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo y la forma en que se puede solicitar una revisión de la destitución. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- **En la Sección F**, se ofrece información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
  - Usted desea pedirnos que dispensemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa (Prior Authorization, PA).
  - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
  - Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos).
- **En la Sección G** se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada en un hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
  - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que deje el hospital demasiado pronto.
- **En la Sección H**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro acerca de qué sección debería consultar, llame a su Coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Si necesita más ayuda o información, llame al Programa de Ombudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.

## E. Problemas sobre la atención médica

### E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por su atención médica, como sus servicios médicos u otros apoyos y servicios. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con un (\*) **no** están cubiertos por la Parte D. Recorra a la Sección F por apelaciones por medicamentos de la Parte D.

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

1. Cree que cubrimos los servicios de atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No autorizamos la atención médica que su proveedor desea darle, y usted cree que deberíamos autorizarlo.

**Lo que puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó atención médica que creía que estaba cubierta y desea que le paguemos un reembolso por los servicios o artículos.

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para atención médica, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Consulte las **Secciones G o H** para obtener más información.

### E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

#### ¿Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios de atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (Long Term Supports and Services, LTSS)?

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: (855) 735-5604 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.
- Usted puede enviarnos un fax al: (844) 251-1451

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

- Puede escribirnos a: Attn: Medicare Utilization Management  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

**NOTA:**

Si reside en el condado de Wayne, incluidos los residentes de Detroit, la Detroit Wayne Integrated Health Network tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener más información.

707 W. Milwaukee St.  
Detroit, MI 48202  
Llame al: (313) 833-2500  
Llame al: (313) 344-9099  
TTY: (800) 630-1044

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Si vive en el condado de Macomb, Macomb County Community Mental Health tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Macomb County Community Mental Health para obtener más información.

19800 Hall Rd.  
Clinton Township, MI 48038  
Llame: (855) 996-2264

TTY: 711  
855-99-MCCMH  
[info@mccmh.net](mailto:info@mccmh.net)

**¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?**

Por lo general, el plazo es de 14 días calendario posteriores a su solicitud, la de su representante o su proveedor, a menos que la solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión en no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

**¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?**

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

---

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

**El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de acelerada”.**

### **Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:**

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que usted desea.
- Puede llamarnos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o enviarnos un fax al (888) 295-7665. Si desea obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

### **A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:**

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está consultando sobre cobertura por atención médica o un artículo que usted aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o un artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente**.
  - Si su proveedor dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida le daremos una automáticamente.
  - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval del proveedor, decidiremos si recibe una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare).
    - Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
    - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

### **¿Cómo averiguo la respuesta de mi plan sobre la decisión de cobertura?**

Le enviaremos una carta contándole si hemos aprobado o no su cobertura.

### **Si la decisión de cobertura es negativa ¿cómo lo sabré?**

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta con nuestras razones para la **negativa**.

- Si nuestra respuesta es **negativa**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al proceso de apelaciones internas (consulte la sección a continuación para obtener más información).

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

### E3. Apelación interna para atención médica

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión de cobertura (denegación) o cualquier acción adversa que hayamos tomado. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

#### NOTA:

Si reside en el condado de Wayne, incluidos los residentes de Detroit, la Detroit Wayne Integrated Health Network maneja apelaciones de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener más información.

707 W. Milwaukee St.  
 Detroit, MI 48202  
 Llame al: (313) 833-2500  
 Llame al: (313) 344-9099  
 TTY: (800) 630-1044

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Si vive en condado de Macomb, Macomb County Community Mental Health maneja las apelaciones por salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y servicios y apoyos por trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Macomb County Community Mental Health para obtener más información.

19800 Hall Rd.  
 Clinton Township, MI 48038  
 Llame: (855) 996-2264  
 TTY: 711  
 855-99-MCCMH  
[info@mccmh.net](mailto:info@mccmh.net)

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Ombudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456. El Ombudsman de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud.

#### ¿Qué es una acción adversa?

Una acción adversa es una acción o inacción por parte de nuestro plan que usted puede apelar. Estas incluyen:

- Denegamos o limitamos un servicio o artículo que su proveedor solicitó.
- Reducimos, suspendemos o terminamos una cobertura que había sido aprobada.
- No pagamos por un servicio o artículo que cree que está cubierto.
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos solicitados.
- No pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red dentro de una cantidad de tiempo razonable; o
- No actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura ni le dimos una decisión.

#### ¿Qué es una Apelación Interna?

Una apelación interna (también conocida como Apelación de Nivel 1) es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de su cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la

---

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

decisión de la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito y le explicaremos lo que puede hacer en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión.

Debe solicitar una Apelación Interna antes de que pueda solicitar una Apelación Externa según la **Sección E4** a continuación.

Usted puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

### ¿Cómo puedo hacer una Apelación Interna?

- Para iniciar una apelación, usted, su representante o su proveedor, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Si desea obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación “estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:
 

Molina Dual Options  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977  
En línea: [Medicare](#).  
[AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com](mailto:AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com)
  - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

#### Guía rápida: ¿Cómo puedo hacer una Apelación Interna?

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Pregunte **dentro de los siguientes 65 días calendario** acerca de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene menos días para presentar una apelación si desea mantener ese servicio mientras su apelación está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

### ¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden realizar la apelación por usted. También, alguien distinto a su médico u otro proveedor pueden realizar la apelación por usted. Primero, debe completar un formulario de Nombramiento de Representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actúa en su nombre, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestro rechazo. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

A fin de obtener un formulario de Nombramiento del Representante, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite uno o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en <https://www.molinahealthcare.com/members/mi/en-us/mem/duals/resources/info/forms.aspx>

Debemos recibir el formulario de Nombramiento de Representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para hacer una Apelación Interna?

Debe solicitar una Apelación Interna dentro de los **siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: estuvo en el hospital o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

**NOTA:** Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su apelación está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?” para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

**Sí.** Solicite una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

### ¿Puede mi proveedor darles a ustedes más información acerca de mi apelación?

**Sí.** Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para apoyar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica u otros apoyos y servicios. Luego, verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

### ¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos responderle dentro de 30 días calendario tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su afección de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explica el motivo. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J.

---

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

- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso a una apelación externa si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de Michigan Medicaid de un servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la Sección E4.

**Si nuestra respuesta es afirmativa** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario después de que recibimos su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es negativa** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que automáticamente enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación Externa. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Michigan Medicaid, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la **Sección E4**.

### ¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su afección lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. 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” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), automáticamente enviaremos su caso a una apelación externa si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de Michigan Medicaid de un servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la **Sección E4**.

**Si la respuesta es afirmativa** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proveerle la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.

**Si nuestra respuesta es negativa** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación Externa. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Michigan Medicaid, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la **Sección E4**.

## ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio que fue previamente aprobado, le notificaremos antes de tomar la acción propuesta. Si presenta una apelación interna dentro de los 10 días calendario desde la fecha de nuestra notificación o antes de la fecha efectiva de la acción planeada, continuaremos con sus beneficios para el servicio mientras la Apelación Interna está pendiente.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, no obtendrá ese servicio a menos que su apelación haya concluido y nuestra decisión sea que el servicio está cubierto.

## E4. Apelación Externa para atención médica (no para Medicamentos de la Parte D)

### Si la respuesta del plan es negativa a la Apelación Interna ¿qué sucede después?

Debe solicitar una Apelación Interna y obtener una decisión de nuestra parte antes de que pueda solicitar una Apelación Externa.

**Si rechazamos** una parte o la totalidad de su Apelación interna, le enviaremos un aviso de rechazo de apelación. Este aviso se llama “Aviso de la Decisión de Apelación”. Este aviso le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Michigan Medicaid.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de Medicare, automáticamente tendrá una Apelación Externa con la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) tan pronto como la Apelación Interna haya concluido.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa ante la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) o solicitar una Revisión Externa con el Departamento de Seguro y Servicios Financiero (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) de Michigan. El Aviso de la Decisión de Apelación le indicará cómo hacerlo.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Michigan Medicaid, automáticamente tendrá una apelación externa con la IRE. También puede solicitar una Apelación Externa ante la MOAHR o una Revisión Externa ante el DIFS.

### ¿Qué es una Apelación Externa?

Una apelación externa (también conocida como Apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelación externa de Medicare se denomina Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

La Apelación Externa de Michigan Medicaid es una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR). También tiene el derecho de solicitar una revisión externa de negación de un servicio de Michigan Medicaid a través del Departamento de Seguro y Servicios Financiero de Michigan (Department of Insurance and Financial Services, DIFS).

### Mi problema es acerca de un artículo o servicio cubierto por Medicaid de Michigan. ¿Cómo puedo realizar una Apelación Externa?

Hay dos maneras de realizar una Apelación Externa para los servicios y artículos de Michigan Medicaid: (1) Audiencia Imparcial o (2) Revisión Externa.

---

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

## 1. Audiencia Imparcial

Tiene el derecho de pedir una Audiencia Imparcial ante la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR). Una Audiencia Imparcial es una revisión de la decisión tomada por nuestro plan. Puede pedir una Audiencia Imparcial después de la Apelación Interna ante nuestro plan. Además, si no recibe un aviso acerca de su apelación, o una decisión sobre su apelación dentro del plazo de tiempo en el que el plan debe contestar al respecto, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial de Michigan Medicaid.

Deberá solicitar una Audiencia Imparcial **en un plazo de 120 días** desde la fecha del Aviso de la Decisión de Apelación.

**NOTA:** si solicita una audiencia imparcial porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras la audiencia imparcial está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones Externas?” para obtener más información.

Para solicitar una audiencia imparcial ante la MOAHR, debe completar el formulario de Solicitud de Audiencia. Le enviaremos un formulario de Solicitud de Audiencia con el Aviso de la Decisión de Apelación. También puede obtener el formulario llamando a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de Michigan Medicaid al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio de teléfono vía Internet, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Complete el formulario y envíelo a:

Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR)

PO Box 30763

Lansing, MI 48909

Teléfono: 517-335-2484

FAX: 517-335-6696

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

Además, puede iniciar una Audiencia Imparcial si llama al 800-648-3397. También puede solicitar una Audiencia Imparcial acelerada (rápida) llamando a ese número, escribiendo a la dirección o enviando un fax al número antes mencionado.

Luego de que la MOAHR reciba su solicitud de Audiencia Imparcial, recibirá una carta donde se informará la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Las audiencias generalmente se realizan por teléfono; sin embargo, puede pedir que su audiencia se realice en persona.

La MOAHR le dará una respuesta por escrito dentro de los 90 días calendario desde cuando recibió su solicitud para una audiencia imparcial. Si califica para una audiencia imparcial acelerada, MOAHR debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, MOAHR necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales.

Luego de recibir la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario desde la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia o una reconsideración, o presentar una apelación en los Tribunales de Circuito.

## 2. Revisión Externa

También tiene derecho a pedir una Revisión Externa a través del Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Antes de solicitar este tipo de Apelación Externa, debe completar primero el proceso de Apelación Interna.

Su solicitud para una Revisión Externa debe ser presentada **dentro de los 127 días calendario** de haber recibido la decisión de apelación interna.

**NOTA:** si calificó para una continuación de los beneficios durante la Apelación Interna y pide una Revisión Externa **dentro de los 10 días calendario** desde la fecha de la decisión de Apelación Interna, puede continuar obteniendo el servicio en disputa durante la revisión. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones Externas?” para obtener más información.

Para solicitar una Revisión Externa ante el DIFS, debe completar el formulario de Solicitud de Atención Médica para Revisión Externa. Le enviaremos este formulario con nuestro Aviso de la Decisión de Apelación. También puede obtener una copia de este formulario llamando a DIFS al 877-999-6442. Complete el formulario y envíelo con toda la documentación de apoyo a:

DIFS

Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section

PO Box 30220

Lansing, MI 48909-7720

FAX: 517-284-8837

Correo electrónico: [DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov](mailto:DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov)

Línea directa del consumidor de Departamento de Seguro y Servicios Financiero de Michigan (DIFS): 877-999-6442

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Si su solicitud no incluye la revisión de historia clínica, la Revisión Externa será llevada a cabo por el director del DIFS. Si su solicitud incluye problemas de necesidad médica o criterios de revisión clínicos, será enviada a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) independiente.

Si la revisión es llevada a cabo por el director y no requiere la revisión por parte de la IRO, el director emitirá una decisión dentro de los 14 días calendario luego de que solicitud sea aceptada. Si su revisión es remitida a una IRO, esta le dará sus recomendaciones al DIFS dentro de los 14 días calendario luego de que se le asigne la revisión. Luego el director emitirá una decisión dentro de los 7 días calendario luego de que reciba la recomendación de la IRO.

Si el plazo estándar para la revisión pone en peligro su vida o su salud, podrá calificar para una revisión acelerada (rápida). Una revisión acelerada se completa dentro de las 72 horas de la solicitud. Para calificar para una revisión acelerada, debe tener un médico que verifique que el plazo para una revisión estándar pondría en riesgo su vida o su salud.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Revisión Externa, tiene el derecho de apelar ante un Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días desde la fecha de la decisión.

## **Mi problema es acerca de un artículo o servicio cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación Externa?**

Una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de Apelación Interna y decidirá si se debe cambiar.

- Usted no necesita solicitar una Apelación Externa. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su expediente llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

La IRE debe darle una respuesta con respecto a su Apelación Externa en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de obtener artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por correo. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación rápida” en la Apelación Interna, automáticamente tendrá una apelación rápida en la Apelación Externa. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por correo. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

## **¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid?**

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Michigan Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación Externa a la Entidad de Revisión Independiente. También puede presentar una Apelación Externa a la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (MOHAR) o una Revisión Externa al Departamento de Seguro y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. Siga las instrucciones.

## **¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones Externas?**

Si previamente aprobamos la cobertura para un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que caducara la autorización, en algunos casos puede continuar recibiendo sus beneficios durante las Apelaciones Externas.

- Si el servicio está cubierto por Medicare y usted califica para la continuación de los beneficios durante la Apelación Interna, sus beneficios para ese servicio automáticamente continuarán durante el proceso de Apelación Externa con la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si el servicio está cubierto por Michigan Medicaid, los beneficios correspondientes a ese servicio continuarán si califica para la continuación de los beneficios durante su apelación interna y solicita una Audiencia Imparcial de la MOAHR o una Revisión Externa del DIFS dentro de los 10 días calendario desde la fecha del Aviso de la Decisión de Apelación.

- Si el servicio puede estar cubierto por Medicare y Michigan Medicaid y usted califica para la continuación de los beneficios durante la Apelación Interna, sus beneficios para ese servicio automáticamente continuarán durante la revisión de la IRE. También puede calificar para la continuación de los beneficios durante la revisión de la MOAHR o el DIFS si presenta una solicitud dentro de los plazos enumerados anteriormente.

Si sus beneficios se continúan, puede seguir recibiendo el servicio antes de que ocurra uno de los siguientes eventos: (1) usted retira la apelación; o (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, la MOAHR o el DIFS) deciden “rechazar” su solicitud. Si alguna de las entidades decide “aceptar” su solicitud, sus servicios continuarán.

### ¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su apelación externa se envió a la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia Imparcial, la MOAHR le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la MOAHR le responde **afirmativamente** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar el servicio tan pronto como sea posible si su afección lo requiere, pero no después de las 72 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la MOAHR.
- Si la MOAHR responde **negativamente** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que está de acuerdo con la decisión de Apelación Interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su Apelación Externa se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una Revisión Externa, el DIFS le enviará una carta explicándole la decisión del director.

- Si el DIFS responde **afirmativamente** a una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio tan pronto como su afección lo requiere.
- Si el DIFS responde **negativamente** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que está de acuerdo con la decisión de Apelación Interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su Apelación Externa fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la IRE responde **afirmativamente** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como sea posible si su afección lo requiere, y no después de las 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde **afirmativamente** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde **negativamente** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que está de acuerdo con la decisión de Apelación Interna. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

### ¿Qué sucede si tengo diferentes tipos de Apelaciones Externas y ellas tienen diferentes decisiones?

Si alguna de las organizaciones de Apelación Externa (MOAHR, DIFS o IRE) decide **aceptar** a todo o a una parte de lo que solicitó, aprobaremos el servicio o artículo más cercano al que solicitó en su apelación.

---

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

**Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación externa se presentó en la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia Imparcial, puede apelar la decisión dentro de los 30 días ante el Tribunal de Circuito. También puede solicitar una audiencia nueva o una reconsideración por parte de la MOAHR dentro de los 30 días.

Si su Apelación Externa se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una Revisión Externa, puede apelar ante el Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días desde la fecha de la decisión.

Si su apelación externa se envió a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada.

La carta que usted reciba de la MOAHR, DIFS o IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted pueda tener. Consulte la **Sección I** si desea obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

**NOTA:** sus beneficios para el servicio en disputa no continuarán durante los niveles adicionales de apelación.

**E5. Problemas de pago**

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura. La única suma que se le debe solicitar que pague es la Suma de Pago del Paciente (PPA) requerida por la atención médica en un centro de enfermería.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

**¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?**

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio en un plazo de 30 días calendario, en general, pero no más de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

## ¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la **Sección E3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta es **negativa** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare, nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de la revisión de la IRE, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE responde de manera **negativa** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con un valor mínimo. Consulte la **Sección I** si desea obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si respondemos de manera **negativa** a su apelación y el servicio o el artículo en general está cubierto por Michigan Medicaid, puede solicitar una Audiencia Imparcial a la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) o una Revisión Externa al Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (consulte la **Sección E4**).

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Michigan Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un \*. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (\*) siguen el proceso en la **Sección E**.

### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

**Sí.** A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Nos solicita cubrir un medicamento Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos*.

---

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

- Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

**NOTA:** si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtirse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

**El término legal** para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

<b>¿En qué situación se encuentra?</b>			
<p>¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?</p>
<p><b>Puede solicitarnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección F2</b>. También consulte las secciones F3 y F4.</p>	<p><b>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</b>  Avance a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p><b>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Avance a la <b>Sección F5</b>.</p>

**F2. Qué es una excepción**

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

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

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*.
  - Si acordamos realizar una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, no tendrá cargos.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
  - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
    - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se lo denomina “PA”).
    - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
    - Límites de cantidades. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

**El término legal** para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

### F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

#### Su médico u otro recetador deben indicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud de excepción

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **afirmativa**, por lo general la excepción dura hasta el final del año calendario. 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 nuestra respuesta a su solicitud de una excepción es **negativa**, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la **Sección F5**, se explica cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **negativa**.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

## F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

### Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede llamarnos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

### Guía rápida: cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax o pregunte a su representante o médico u otro recetador. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se toman dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

### Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

**El término legal para una “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.**

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad para funcionar normalmente pueden resultar perjudicadas.**

Si su médico u otro recetador nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
  - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

#### Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es afirmativa** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es negativa** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **negativa**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

#### Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa que después de 72 horas de recibir la declaración de su médico o recetador en la que dé su declaración de apoyo. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si la respuesta es negativa** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **negativa**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

## Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es afirmativa** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días calendario.
- **Si la respuesta es negativa** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **negativa**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

## F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviarla por fax a nosotros. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Pregunte dentro de los siguientes 65 días calendario acerca la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

**El término legal** para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

**Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.**

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se emplean para obtener una “decisión de cobertura rápida”, los cuales se detallan en la **Sección F4**.

**El término legal** para “apelación rápida” es **“redeterminación acelerada”**.

**Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión**

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

**Plazos para una “apelación rápida”**

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- Si la respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- Si nuestra respuesta es No a una parte o a todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué respondimos que No y cómo puede apelar nuestra decisión.

**Plazos para una “apelación estándar”**

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa** a una parte o la totalidad de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

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

- Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la respuesta es negativa** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **negativa** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

## F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa**, en su totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el expediente de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

**El término legal** para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “**reconsideración**”.

### Plazos para “apelaciones rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE responde de manera **afirmativa** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

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

## Plazos para “apelaciones estándares” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a recibir su apelación, o 14 días calendario si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE responde de manera **afirmativa** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

## ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente responde de manera negativa a su Apelación de Nivel 2?

Una respuesta **negativa** significa que la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una Apelación de Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

---

## G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria por más tiempo

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

### G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. El “Mensaje importante” le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.

---

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

- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para tener la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede verlo en línea ingresando a [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

## G2. Apelación del nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha planificada de alta es médicamente adecuada para usted.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

### ¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de dejar el hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de dejar del hospital**, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar**, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. También puede llamar al Programa de Asistencia de Michigan Medicare (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP) al 1-800-803-7174. También puede obtener ayuda del mediador de MI Health Link llamando al 1-888-746-6456.

### Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

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

## ¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

**El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.**

### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

**El término legal** de esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)

### ¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación es **afirmativa**, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación es **negativa**, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde de manera **negativa** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.

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

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

### G3. Apelación del nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida otra revisión.

#### ¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

#### ¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

## H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa

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

que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.

- Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
- Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

## H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días naturales antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare.” En el aviso, se informa la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando su cobertura finalice, dejaremos de pagar su atención médica.

## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la **Sección J** se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. O llame al Programa de Asistencia de Michigan Medicare/Medicaid (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP) al 1-800-803-7174.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

### Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida una “apelación rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

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

### ¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

### ¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

### ¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la **Sección H4**.

**El término legal** para el aviso escrito es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de la muestra, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices)

### ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, hablarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión. Usted recibirá una carta explicando la decisión.

**El término legal** para la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

### ¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

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

### ¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

### H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

### ¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

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

## I. Opciones de apelación luego de las apelaciones de nivel 2 o apelaciones externas

### I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 o una Apelación Interna y una Apelación de Nivel 2 o una Apelación Externa para artículos o servicios de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted puede tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

### I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicaid de Michigan

Usted también tiene más derechos de apelación si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar cubiertos por Michigan Medicaid.

Si su apelación se envió a la Oficina de Audiencia y Normas Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará a una carta explicando su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario desde la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración o presentar una apelación en los Tribunales de Circuito. Póngase en contacto con la MOAHR al 517-335-2484 para información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) para una Revisión Externa, el DIFS le enviará una carta explicándole la decisión del director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene el derecho de apelar ante un Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días calendario desde la fecha de la decisión.

**Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa de Ombudsman MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.**

## J. Cómo presentar una queja

### J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y Servicio de Atención al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

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

**Quejas acerca de la calidad**

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

**Quejas acerca de la privacidad**

- Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

**Quejas sobre Servicio de Atención al Cliente deficiente**

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para dejar el plan.

**Quejas sobre la accesibilidad**

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de lengua de señas estadounidense.

**Quejas sobre los tiempos de espera**

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

**Quejas sobre la limpieza**

- Usted considera que la clínica, el hospital, o el consultorio del médico no están limpios.

**Quejas sobre el acceso al idioma**

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

**Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte**

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

**Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones**

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de Revisión Independiente.

**Guía rápida: cómo presentar una queja**

Puede presentar una queja interna a nuestro plan o una queja externa a una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la **Sección J3**.

**El término legal** para una “queja” es un “**reclamo**”.

**El término legal** para “hacer una queja” es “**presentar un reclamo**”.

### ¿Existen diferentes tipos de quejas?

**Sí.** Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con el Programa de Ombudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.

**NOTA:** Si vive en el condado de Wayne, lo que incluye a los residentes de Detroit, los servicios de salud conductual están cubiertos por Detroit Wayne Integrated Health Network. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener más información.

707 W. Milwaukee St.  
 Detroit, MI 48202  
 Llame al: (313) 833-2500  
 Llame al: (313) 344-9099  
 TTY: (800) 630-1044

Días y horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Si vive en el condado de Macomb, los servicios de salud conductual están cubiertos por Macomb County Community Mental Health. Comuníquese con Macomb County Community Mental Health para obtener más información.

19800 Hall Rd.  
 Clinton Township, MI 48038  
 Llame al: (855) 996-2264  
 TTY: 711  
 855-99-MCCMH  
[info@mccmh.net](mailto:info@mccmh.net)

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

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

- Las quejas que son reclamos deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, a más tardar 30 días calendario luego de la fecha en que el Plan recibe el reclamo de manera oral o por escrito. Los reclamos presentados por escrito deben responderse por escrito. Los reclamos pueden presentarse de forma oral llamándonos al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este; o por escrito enviando un correo a: Molina Dual Options, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801

**El término legal de “queja rápida” es “reclamo acelerado”.**

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. 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. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o la totalidad de su queja, **le informaremos** y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

### J3. Quejas externas

#### **Usted puede informar a Medicare acerca de su queja**

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Usted puede informar a Michigan Medicaid acerca de su queja**

Usted también puede enviar su queja a Michigan Medicaid. Llame a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio de teléfono vía Internet.

#### **Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles**

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los

---

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

usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede contactarse con la Oficina de Derechos Civiles local en:

110 W. Michigan Ave. Suite 800,

Lansing, MI 48933

Teléfono: 517-335-3165

Días y horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

También puede comunicarse con el Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono, llamando al 800-482-3604, o en línea en [www.michigan.gov/lara/about/contact-us](http://www.michigan.gov/lara/about/contact-us). Los usuarios de TTY deberán llamar al 877-878-8464. También puede enviar un correo electrónico a [MDCRServiceCenter@michigan.gov](mailto:MDCRServiceCenter@michigan.gov) o por fax al 313-456-3701.

También puede tener derechos bajo la ley de estadounidenses con discapacidades. Puede llamar al Mediador de MI Health Link para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

### **Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono para Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

### **Puede informarle su queja al Programa de Ombudsman de MI Health Link.**

El Programa de Ombudsman de MI Health Link también ayuda a solucionar problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que se nos exige proporcionar. El Ombudsman de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos.

### **Puede informarle su queja al estado de Michigan**

Si tiene un problema con Molina Dual Options, puede comunicarse con el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) al 1-877-999-6442, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a [difs-HICAP@michigan.gov](mailto:difs-HICAP@michigan.gov) o un fax al 517-284-8837. También puede escribir a:

DIFS – Office of Consumer Services

P.O. Box 30220

Lansing, MI 48909-7720

En caso de quejas sobre cómo se maneja su proveedor, llame al 517-373-9196, o en línea en [www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-89334\\_72600\\_73836---,00](http://www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-89334_72600_73836---,00) o escriba a:

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs  
Bureau of Professional Licensing  
Enforcement Division  
P.O. Box 30670  
Lansing, MI 48909  
E-mail: [BPL-Complaints@Michigan.gov](mailto:BPL-Complaints@Michigan.gov)

Envíe por servicio de mensajería con entrega en 24 horas a la siguiente dirección:

Department of Licensing and Regulatory Affairs  
Mail Services  
2407 N. Grand River Avenue  
Lansing, MI 48906

También puede llamar al 517-241-0205 o enviar un fax al 517-241-2389.

Para presentar una queja contra una enfermera autorizada, visite:  
[www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600\\_73836---,00](http://www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_73836---,00)

Para presentar una queja contra todos los demás profesionales de la salud autorizados, visite:  
[www.michigan.gov/documents/lara/lara\\_ED\\_200PKT\\_AllegationPkt\\_477156\\_7.pdf](http://www.michigan.gov/documents/lara/lara_ED_200PKT_AllegationPkt_477156_7.pdf)

## Capítulo 10: Finalizar su membresía en Molina Dual Options

---

### Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid de Michigan, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de Contenidos

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid .....	179
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan .....	179
C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente .....	179
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado .....	179
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare .....	180
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan .....	181
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya finalizado .....	181
F. Otras situaciones cuando finaliza su membresía .....	181
G. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud .....	182
H. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	183
I. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan .....	183

---

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



## A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Puede finalizar su membresía en el Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Medicare-Medicaid o cambiándose a Medicare Original.

Los cambios entrarán en vigor el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su solicitud. Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare están en la tabla que se encuentra en la Sección D1.
- Para los servicios de Michigan Medicaid, consulte la tabla de la Sección D2.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En Michigan, el SHIP es conocido como Michigan Medicare Assistance Program (MMAP). Puede contactarse con el MMAP al 1-800-803-7174.
- 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.

## B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, informe a Michigan Medicaid o Medicare que quiere dejar Molina Dual Options:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897 **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la **Sección D1** hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

## C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Michigan Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro Plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897. Diga que desea dejar Molina Dual Options e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Su cobertura con Molina Dual Options terminará en el último día del mes en que recibimos la solicitud.

## D. Cómo obtener servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de cancelar su inscripción en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado.

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

## D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener su servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente finalizará su membresía en nuestro plan.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, (como un plan Medicare Advantage o Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido [Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE])</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Michigan Medicare Assistance Program (MMAAP).</li> </ul> <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Michigan Medicare Assistance Program (MMAAP).</li> </ul> <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>

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

<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Michigan Medicare Assistance Program (MMAP).</li> </ul> <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	--

## D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, obtendrá sus servicios de Michigan Medicaid a través de un pago por cada servicio.

Sus servicios Michigan Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención de salud conductual. Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, puede recurrir a cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

## E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya finalizado

Si deja Molina Dual Options, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Michigan Medicaid. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red**, inclusive a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, **para surtir sus recetas.**
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Molina Dual Options, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta médica. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

## F. Otras situaciones cuando finaliza su membresía

Estos son los casos en los que Molina Dual Options deberá finalizar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare.

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

- Si ya no es elegible para Michigan Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Michigan Medicaid. El programa MI Health Link le permite permanecer inscrito en su programa de atención médica hasta tres meses calendario después de la fecha de vencimiento. Esto le brinda la oportunidad de resolver la documentación de redeterminación con su trabajador social. Este período se denomina el período de “estimación”.
- 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.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
  - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.
- Si usted intencionalmente no completa ni presenta cualquier consentimiento o divulgación necesarios que permita a la Organización de Atención Integrada (Integrated Care Organization, ICO) o a los proveedores acceder a la información necesaria sobre la atención médica y los servicios.

Podremos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Michigan Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inadecuada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue el caso.

---

## **G. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud**

Molina Dual Options no puede solicitar la cancelación de inscripción ni pedirle que deje nuestro plan por ninguna de las siguientes razones:

- Un cambio en su salud o debido a su uso de los servicios médicos.
- Disminución de la capacidad mental.
- Comportamiento poco cooperativo o disruptivo derivado de necesidades especiales (a menos que el comportamiento nos dificulte proporcionarle servicios a usted u otros miembros).
- Quiere tomar decisiones sobre el tratamiento con las que nosotros o cualquiera de sus proveedores de atención médica asociados con nuestro plan no están de acuerdo.

Si usted considera que se le está solicitando dejar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

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

También puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios al 1-800-642-3195 (o 1-866-501-5656 para usuarios TTY), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. También debe llamar al programa de Ombudsman de MI Health Link al 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456) de lunes a viernes, de 8 a. m a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O puede enviar un correo electrónico a [help@MHLO.org](mailto:help@MHLO.org).

---

## **H. Su derecho a presentar una queja si finalizamos 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. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

---

## **I. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan**

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este

---

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

## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de Contenidos

A. Aviso sobre las leyes .....	185
B. Aviso de no discriminación .....	185
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario .....	185



---

## A. Aviso sobre las leyes

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

---

## B. Aviso de no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Michigan Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo.

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

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al 1-800-482-3604 o enviar un correo electrónico a [MDCR-INFO@michigan.gov](mailto:MDCR-INFO@michigan.gov).

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

---

## C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. Cumplimos con las regulaciones y leyes federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para asegurar que el programa Medicaid sea el pagador de último recurso.

## Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

**Actividades de la vida diaria:** lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Ayuda pagada pendiente:** puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

**Apelación:** una manera de impugnar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

**Facturación de saldo:** una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) le factura a una persona una cantidad mayor el costo compartido del plan por los servicios. Molina informa a los proveedores participantes de que la facturación de saldo no está permitida. Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, usted no deberá recibir ninguna factura de los proveedores. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

**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. (Véase también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

**Biosimilar:** un medicamento recetado que se considera 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. (véase “Biosimilares intercambiables”).

**Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos y son vendidos por otras compañías farmacéuticas.

**Coordinador de Cuidados:** la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica, para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.

**Plan de atención:** un plan para los servicios y apoyos que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

**Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención le ayudará a hacer un plan de cuidado.

---

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

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

**Apoyos a la Comunidad:** apoyos o servicios que no son reembolsables o que se brindan a través de entidades como iglesias, centros para personas mayores o recursos comunitarios.

**Queja:** Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

**Centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):** Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** el término general que usamos cuando hablamos de toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Capacitación de competencia cultural:** Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

**Códigos de terminología dental actual (CDT):** un conjunto de códigos para informar sobre servicios y procedimientos dentales.

**Cancelación de inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

**Categorías de medicamentos:** grupos de medicamentos en la misma Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (Over-The-Counter, OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos se incluye en una de las tres (3) categorías.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** algunos artículos que su médico u otro proveedor de atención médica ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son 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 y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**EVV:** Verificación Electrónica de Visitas, uso de un sistema para rastrear las horas y tareas de los Servicios de atención personal por parte del cuidador.

---

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

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica. La atención de emergencia incluye la atención en la sala de emergencias y el transporte médico de emergencia.

**Afección médica de emergencia:** Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento medio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

**Excepción:** permiso para obtener cobertura en el caso de un medicamento que, por lo general, no tiene cobertura, o bien para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

**Servicios excluidos:** servicios que este plan de salud no cubre.

**“Ayuda Extra (Extra Help)”** : programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de “Ayuda Extra (Extra Help)” también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

**Audiencia imparcial:** una oportunidad para que usted describa su problema en una audiencia formal y demuestre que la decisión que tomamos no es correcta.

**Libertad para Trabajar:** un programa que brinda cobertura de salud a personas con discapacidades que trabajan en Michigan y que de otro modo no son elegibles para Medicaid. Las personas en el programa Libertad para Trabajar obtienen cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con la oficina local del Michigan Department of Health & Human Services (MDHHS). Puede encontrar información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970\\_5461---,00](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00).

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

**Reclamo:** un reclamo que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

**Dispositivos y servicios de rehabilitación:** dispositivos y servicios de atención médica que ayudan a que pueda mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana.

**Seguro médico:** un tipo de seguro que paga sus gastos médicos y de salud.

**Plan de salud:** una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

**Evaluación de riesgo de salud:** Una revisión del historial médico del paciente y su estado actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

**Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS):** servicios domiciliarios y comunitarios preautorizados para que las personas reciban servicios según la necesidad documentada de que el servicio permanezca en el hogar.

---

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

**Atención médica domiciliaria:** servicios de atención médica que pueden prestarse en su hogar por una enfermedad o lesión.

**Servicios de cuidados paliativos:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Molina Dual Options debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

**Hospitalización:** cuando se lo admite en un hospital para recibir servicios de salud o tratamiento.

**Atención hospitalaria ambulatoria:** cualquier servicio de salud o tratamiento que reciba en un hospital que no necesite hospitalización.

**Facturación inapropiada:** una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura una cantidad mayor que nuestro costo compartido por los servicios. Exhiba su tarjeta de identificación del miembro del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o receta. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda. Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

**Plan Individual Integrado de Atención y Apoyo (IICSP):** el plan de atención desarrollado por un Inscrito, el Coordinador de Cuidados de ICO del Inscrito y el Equipo de atención integrada del Inscrito.

**Paciente hospitalizado:** un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue admitido formalmente, aún podría considerarse un paciente ambulatorio y no un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

**Biosimilar intercambiable:** Un biosimilar que puede ser sustituido 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.

**Evaluación de Nivel I:** Una herramienta que se utilizará para evaluar la salud actual del Inscrito, realizada dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la Inscripción. Esta evaluación servirá como base para establecer los objetivos de salud y determinar las necesidades.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

**Servicios y apoyos a largo plazo (Long Term Supports and Services, LTSS):** los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección a largo plazo. Los LTSS incluyen servicios en residencia para personas mayores y servicios de exención basado en el hogar y la comunidad. Los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para personas mayores u hospital.

**Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS):** consulte “Ayuda Extra (Extra Help)”.

**Medicamento necesario:** Describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten

---

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

que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que deben cumplir con los niveles aceptados de práctica médica. Un servicio específico es médicamente determinado (clínicamente) como apropiado, necesario para cumplir con las necesidades, consistente con su diagnóstico o problemas de salud, la opción más económica en el ambiente menos restrictivo y es consistente con los niveles clínicos de atención médica. La necesidad médica incluye aquellos apoyos y servicios diseñados para ayudarle a alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento suficiente para permitirle vivir en su comunidad.

**Medicare:** el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

**Plan Medicare Advantage:** Un plan Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

**Afiliado de Medicare-Medicaid:** una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un miembro a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

**Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidados paliativos.

**Parte B de Medicare:** el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

**Parte C de Medicare:** el programa de Medicare que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de la Parte A o Parte B de Medicare, ni de Medicaid. Molina Dual Options incluye la Parte D de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D de Medicare. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona que tiene Medicare y Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y por el estado.

---

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

**Manual del Miembro e Información de Divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

**Michigan Medicaid (o Medical Assistance):** un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Michigan Medicaid. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Michigan Medicaid.

**Red:** el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que brindan servicios cubiertos a nuestros miembros.

**Farmacia de la red:** Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. 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 que utilizamos para referirnos a los profesionales de atención médica y proveedores de apoyo como médicos; enfermeras especializadas; psicólogos; especialistas de la audición, de la odontología o de la visión; personal de enfermería; farmacéuticos; terapeutas y otras personas que le brindan servicios y atención.

El término también incluye a hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y los lugares que proporcionan servicios de atención médica, equipos médicos, servicios de salud conductual, atención para trastornos por el consumo de sustancias, tratamientos de discapacidad intelectual o de desarrollo y servicios y apoyo prolongados.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

**Proveedor no participante:** un proveedor que no forma parte de nuestra red.

**Casa o centro de enfermería:** un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir los servicios en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Ombudsman:** Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratis. Puede encontrar más información acerca del Ombudsman en el Capítulo 2 y 9 de este manual.

**Determinación de la organización:** el plan toma una determinación de organización cuando este o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

---

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

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio):** El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar 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 fuera de la red o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores fuera de la red.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

**Parte A:** consulte la “Parte A de Medicare”.

**Parte B:** consulte la “Parte B de Medicare”.

**Parte C:** consulte la “Parte C de Medicare”.

**Parte D:** consulte la “Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de la Parte D:** consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**Proveedor participante:** un proveedor que está incluido en nuestra red.

**Suma de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA):** la suma de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que está en una residencia para personas mayores. Esta suma se basa en su ingreso y es establecida por el estado.

**Auxiliar de cuidado personal:** Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los auxiliares de cuidado personal no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

**Información médica personal (también llamada información médica protegida [Protected Health Information, PHI]):** Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia médica. Consulte la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, utiliza y divulga su PHI y sobre sus derechos con respecto a esta.

**Proceso de planificación centrado en la persona:** proceso de planificación y apoyo a la persona que obtiene los servicios. El proceso se basa en la decisión de la persona de realizar actividades que promuevan la

---

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

vida en comunidad y que honren las preferencias, elecciones y capacidades de la persona. La persona lidera el proceso de planificación centrado en la persona que involucra familias, amigos, representantes legales y profesionales según la preferencia o pedido de la persona.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le deriva a ellos.
- 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.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de atención primaria.

**Servicios del médico:** Servicios de salud proporcionados por un médico.

**Prima:** el monto que debe pagar por una póliza de seguro médico. No es necesario que pague una prima por su seguro de Molina Dual Options.

**Medicamentos recetados:** un medicamento que requiere receta médica de un profesional de la salud calificado.

**Médico de atención primaria:** un médico que brinda y coordina servicios de atención médica general para los pacientes.

**Autorización Previa (Prior Authorization, PA):** una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan de PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en el sitio web del plan.

**Elementos protésicos y ortóticos:** dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

**Límites de cantidades:** Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

**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 de beneficios y

---

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

medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Remisión:** Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

**Independencia:** la independencia es una opción disponible para los miembros que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y tener el control sobre su propia vida. Esto incluye administrar una suma fija de dólares para cubrir los servicios y apoyos autorizados. A menudo, se lo denomina “presupuesto personal”. Si decide hacer esto, también tendrá control para contratar y administrar sus proveedores.

**Área de servicio:** un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según dónde viven las personas. 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). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en centros de enfermería especializada (SNF):** Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

**Especialista:** Un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

**Agencia de Medicaid del estado:** el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan Esta es una agencia que hace funcionar al programa Michigan Medicaid y que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por la atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo.

**Terapia progresiva:** Una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Atención médica urgente:** Atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando usted no puede acceder a ellos, porque, dadas sus circunstancias, el momento o el lugar, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la

---

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

red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica).

# **Servicios de asistencia de idiomas de Medicare**



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

## **SPANISH**

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 (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

## **TRADITIONAL CHINESE**

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

## **SIMPLIFIED CHINESE**

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

## **TAGALOG**

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (855) 735-5604, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. ET. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

## **FRENCH**

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

## **VIETNAMESE**

Chúng tôi có các dịch vụ 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 (855) 735-5604, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Miền Đông. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

## GERMAN

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

## KOREAN

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (855) 735-5604번, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(동부 시간대)에 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 (855) 735-5604 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по восточному времени. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

## ARABIC

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

## 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 (855) 735-5604, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00 ET. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito

## PORTUGUESE

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (855) 735-5604, TTY: 711, segunda – sexta, 08h00 até 20h00 ET. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

## FRENCH CREOLE

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

## POLISH

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

H7844\_24\_67\_MIMMPMLI

31470MLIDUMIEN  
230811

## HINDI

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें सोमवार – शुक्रवार, ET के अनुसार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक (855) 735-5604, TTY: 711 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

## JAPANESE

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



### Servicios para Miembros de Molina Dual Options

<b>Método</b>	<b>Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET. Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET.
<b>FAX</b>	Para Servicios para Miembros: Fax: (248) 925-1767  Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Para Servicios Médicos/Medicamentos de Medicaid: 880 West Long Lake Road, Suite 600 Troy, MI 48098  Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>