

# Document Summary

Document	
<b>Create Date</b>	2024-10-15 20:20:45
<b>Document Title</b>	SC-H2533-001-MMP-EC-ES-25
<b>Document Type</b>	MMP EOC
<b>Document Status</b>	QC - Translations
<b>Document Theme</b>	2025_Molina-Health_MMP-EOC_Print_SPA
<b>Language</b>	SPA
<b>Plan Year</b>	2025
<b>Last Change Date</b>	2024-10-08 16:43:19
<b>Last Change User</b>	Jasmin Mendoza
<b>Content Last Change Date</b>	2024-10-08 16:16:56
<b>Content Last Change User</b>	RRDSystem Molina-Health

2025

# Manual del Miembro

## Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

South Carolina H2533-001

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

FINAL

FINAL

# ***Manual del Miembro* del Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid**

01/01/2025 –12/31/2025

## **Su Cobertura Médica y de Medicamentos bajo el Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid**

### **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 médica conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le proporcionan la ayuda que necesita, ya sea que reciba los servicios en el hogar o en una residencia para personas mayores. 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 South Carolina ofrece este plan llamado Molina Dual Options. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se está haciendo referencia a Molina Healthcare of South Carolina. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

Este documento está disponible sin costo en español, chino, tagalo, vietnamita, alemán, coreano, ruso, árabe, italiano, portugués, francés criollo, polaco, hindi, ucraniano, pashto, bengalí, farsi, albanés, darí y japonés.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

## 2025 Molina Dual Options 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 .....	44
Capítulo 5:	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan ..	91
Capítulo 6:	Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid ..	107
Capítulo 7:	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....	114
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades .....	118
Capítulo 9:	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..	133
Capítulo 10:	Cómo finalizar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid .....	174
Capítulo 11:	Avisos legales .....	180
Capítulo 12:	Definiciones de términos importantes .....	182

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## Exenciones de responsabilidad

- ❖ La cobertura conforme al plan Molina Dual Options es una cobertura médica apta denominada "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- ❖ El Plan de Molina Dual Options (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Molina Healthcare cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por raza, etnia, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 Healthy Connections Medicaid y su membresía en él. 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 Medicaid .....	5
B1. Medicare .....	5
B2. Medicaid .....	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 .....	8
H. Prima mensual del plan Molina Dual Options .....	8
I. El <i>Manual del Miembro</i> .....	8
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros .....	9
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options .....	9
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> .....	9
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> .....	10
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i> .....	10
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado .....	11
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) .....	11

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 del programa Healthy Connections Prime. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención 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 South Carolina y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle los servicios como parte de la iniciativa de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa modelo operado de manera conjunta por South Carolina y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. En este modelo, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

Nuestra misión es proporcionar servicios de salud de calidad a las familias y personas financieramente vulnerables que tienen cobertura de programas gubernamentales. Como miembro, es elegible para todos los beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, además de los servicios de la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas disponible para responder a todas sus preguntas de salud. Este manual es la guía para sus beneficios de Molina Dual Options. En este, se le informará lo que necesita saber como miembro. Se le indica cómo obtener la mayor cantidad de beneficios de sus servicios de atención médica. Se detallan los beneficios adicionales que recibirá como miembro. Si necesita ayuda, le informa a quién llamar.

---

## B. Información acerca de Medicare y Medicaid

### B1. Medicare

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

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

### B2. Medicaid

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

Cada estado decide:

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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

Medicare y South Carolina deben aprobar Molina Dual Options cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que suceda lo siguiente:

- nosotros decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

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

---

## C. Ventajas de este plan

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

Molina Dual Options le ayudará a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections 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.
- Usted tendrá un equipo de atención médica que ayudó a formar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarle a obtener la atención que usted necesita.
- Usted tendrá un coordinador de cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de atención médica y su coordinador de cuidados.
- El grupo de atención médica y el Coordinador de atención trabajarán con usted para desarrollar un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
  - El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

---

## D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York.

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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- tiene 65 años o más al momento de la inscripción; **y**
- tiene Medicare Partes A, B y D; **y**
- es elegible para los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Incluso si cumple los criterios anteriores, no es elegible para nuestro plan en los siguientes casos:

- forma parte de la población con reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid; **o**
- tiene un seguro integral contra terceros; **o**
- vive en un centro de cuidados intermedios para Individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID) o en un centro de enfermería en el momento de determinar la elegibilidad; **o**
- está en un programa de cuidados paliativos u obtiene servicios por insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) en el momento de determinar la elegibilidad; **o**
- está participando en un programa comunitario de exención de atención a largo plazo distinto de la exención para elecciones comunitarias, la exención para VIH/SIDA o la exención para dependiente de ventilación mecánica.

Puede elegir entre **inscribirse o permanecer en Molina Dual Options** en los siguientes casos:

- No está afiliado en el programa Medicare Advantage o en el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE). La inscripción en Healthy Connections Prime cancelará automáticamente la inscripción a su programa existente y a cualquier programa de Medicare Parte D; **o**
- realiza la transición de un centro de enfermería o ICF/IID a la comunidad; **o**
- ya está inscrito en este plan, pero, más adelante, ingresa en un centro de enfermería; **o**
- está inscrito en este plan, pero ingresa en un programa de cuidados paliativos o es elegible para recibir servicios de ESRD.

---

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

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, obtendrá un examen de detección de salud inicial dentro de los primeros 30 días para reunir información sobre sus antecedentes y necesidades médicas y sociales.

También obtendrá una evaluación integral dentro de los primeros 60 o 90 días según sus necesidades de salud. La evaluación integral considerará en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información suya, de sus proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y el Coordinador de Cuidados.

Podemos combinar su prueba de salud inicial y examen integral en una evaluación que se realiza dentro de los primeros 60 días. En general, las personas que están inscritas en determinados programas de exención de Healthy Connections Medicaid (como la exención para dependiente de ventilación mecánica, la exención para VIH/SIDA o la exención de opciones comunitarias), o que parecen tener muchas necesidades médicas y sociales según la información que tenemos sobre ellas, obtendrán el examen de detección de salud inicial y la evaluación integral combinadas.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Si, en su evaluación integral, se muestra que tiene muchas necesidades de salud, se le puede solicitar que se someta a una Evaluación de Atención a Largo Plazo con una enfermera registrada. La Evaluación de Atención a Largo Plazo determina si necesita cuidado adicional en un centro de enfermería o a través de una exención basada en la comunidad.

**Si Molina Dual Options es nuevo para usted**, puede continuar recurriendo a los doctores que lo atienden actualmente y mantener sus autorizaciones de servicios actuales durante, al menos 180 días posteriores a la fecha de su primera inscripción. Durante este periodo, continuará teniendo acceso a los mismos elementos, servicios y medicamentos recetados médicamente necesarios, como lo tiene hoy. También tendrá acceso a sus proveedores de Servicios y Apoyos Médicos y a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS) y de Salud Mental.

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya se encuentran en nuestra red, pero si no lo están, después de 180 días en nuestro plan, deberá ver a los médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días una vez que haya realizado su evaluación integral, desarrollado un plan de transición y solo si está de acuerdo. 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 de salud que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Después de la evaluación integral, 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.

---

## 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).

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. 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 es miembro de Molina Dual Options, entre el 01/01/2025 y el 12/31/2025.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro del Molina Dual Options, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de los 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 Healthy Connections Medicaid, incluidos los 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:



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 Healthy Connections 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 facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría 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 a Servicios para Miembros al número al final de la página. 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 [www.MolinaHealthcare.com/SCMMPMaterials](http://www.MolinaHealthcare.com/SCMMPMaterials) o descargarlo desde este sitio web. Tanto Servicios para Miembros como la página web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

#### Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores de la Red de Molina Dual Options incluyen:

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- médicos, personal de enfermería 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 domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos, proveedores de servicios de exención, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections 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, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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.

#### **Lista de equipo médico duradero (DME)**

Con este *Manual del Miembro*, le enviamos la Lista de equipo médico duradero de Molina Dual Options. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipos médicos duraderos cubiertos por nosotros. Puede encontrar una lista actualizada de marcas, fabricantes y vendedores en nuestro sitio al final de la página. Consulte el Capítulo 3 y 4 para obtener más información acerca del DME.

### **J3. Lista de 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.

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 sobre los medicamentos cubiertos, visite nuestra página web utilizando la información que figura al final de la página o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

### **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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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.** La mayoría de los servicios son gratuitos, pero 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 un centro de enfermería 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).

Si cambia su información, háganoslo saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 ayudarlo. 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 Servicios para Miembros de Molina Dual Options .....	13
A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros .....	13
B. Cómo comunicarse con su coordinador de atención .....	16
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado .....	16
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería .....	17
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras .....	17
D. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) .....	18
D1. Cuándo contactar a I-CARE .....	18
E. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) .....	19
E1. Cuándo contactar a Acentra .....	19
F. Cómo comunicarse con Medicare .....	20
G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid .....	21
H. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime .....	22
I. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de South Carolina .....	23
J. Otros recursos .....	23

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 Servicios para Miembros de Molina Dual Options

<b>LLAME AL</b>	(855) 735-5831. Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. 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. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
<b>FAX</b>	Para Servicios para Miembros/Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (no de la Parte D): Fax: (843) 740-1749 Para los servicios de recetas médicas de la Parte D: Fax: (866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Para Servicios para Miembros: P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309 Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D): P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309 Para los servicios de recetas médicas de la Parte D: 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>

### A1. 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.
  - 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección F a continuación).
- 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.
- 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 se aplica a sus medicamentos recetados de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections 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 manera formal 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:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Si su apelación es acerca de:</b> Medicamentos de la Parte D.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b> debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p><b>Recibirá una decisión en:</b> 7 días calendario. Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.</p>	<p><b>Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:</b> Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 600 Midvale, UT 84047 <b>Envíe un fax al:</b> 866-290-1309</p>
<p><b>Si su apelación es acerca de:</b> 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> debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p><b>Recibirá una decisión en:</b> 7 días calendario. Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.</p>	<p><b>Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:</b> Molina Healthcare of South Carolina Appeals &amp; Grievances C/O Firstsource P.O. Box 182273 Chattanooga, TN 37422 <b>Envíe un fax al:</b> 877-823-5961</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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

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

<b>LLAME AL</b>	(855) 735-5831. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., ET. 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 a. m. a 5 p. m., ET.
<b>ESCRIBA A</b>	P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>

### B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

- preguntas sobre su atención médica;
- Ayuda para la programación de citas
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Puede ser elegible para los siguientes Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) si cumple ciertos criterios: Exención de opciones comunitarias: los adultos mayores frágiles (mayores de 65 años) y las personas con discapacidades físicas (de 18 a 64 años) que cumplen los criterios de nivel de atención de un centro de enfermería.

Exención para VIH/SIDA: personas con diagnóstico de VIH o SIDA actualmente ubicados en S.C. o que pretenden mudarse a S.C. y cumplen los criterios de nivel de atención en riesgo de hospitalización.

Exención para ventilación mecánica: adultos mayores frágiles y personas con discapacidades físicas (mayores de 21 años) que requieren ventilación mecánica y cumplen los criterios de nivel de atención de un centro de enfermería.

Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica. Comuníquese con su Coordinador de Cuidados si tiene alguna pregunta sobre la obtención de los servicios mencionados a continuación. Puede obtener estos servicios:

- Asistente de cuidado personal
- Servicios de salud conductual
- Atención médica domiciliaria
- atención diurna para adultos;
- Transporte

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de compañía.
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos

## C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería

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) 800-5155. 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 comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

## D. 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 South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Personas Mayores (I-CARE). I-CARE no está asociado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

La información sobre el programa I-CARE se encuentra disponible en el Departamento de la Tercera Edad.

<b>LLAME AL</b>	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	TTY: 711. 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>ESCRIBA A</b>	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:askus@aging.sc.gov">askus@aging.sc.gov</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud">www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud</a>

### D1. Cuándo contactar a I-CARE

- Preguntas acerca de su seguro de atención médica de Medicare
  - Los asesores de I-CARE pueden ayudarlo a:
    - contestar sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un nuevo plan,
    - entender sus derechos,
    - comprender sus elecciones de plan,
    - presentar una queja de la atención médica o tratamientos y
    - ayudarlo a resolver problemas con las facturas.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

La Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada Acentra. Acentra no está asociada con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita.  Los miembros del equipo de Acentra están disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; y los sábados, domingos y días festivos, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  Hay servicios de traducción disponibles para los miembros y cuidadores que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. 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>ESCRIBA A</b>	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

### E1. Cuándo contactar a Acentra

- Preguntas sobre su atención médica
  - Usted puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
    - tiene un problema con la calidad de la atención médica,
    - cree que su permanencia en el hospital termina demasiado pronto, 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.molinahealthcare.com/Duals).

## F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

<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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo, y reduce los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está afiliado a Medicare y a Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que obtiene de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

<b>LLAME AL</b>	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del este
<b>TTY</b>	1-888-842-3620. 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>ESCRIBA A</b>	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://www.scdhhs.gov">www.scdhhs.gov</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 el Defensor de Healthy Connections Prime

El Defensor de Healthy Connections Prime es el Ombudsman para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Un Ombudsman es un funcionario en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. La oficina del Defensor de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime 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>	1-844-477-4632 Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	TTY: 711. 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>FAX</b>	1-803-734-9988
<b>ESCRIBA A</b>	Healthy Connections Prime Advocate Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:primeadvocate@aging.sc.gov">primeadvocate@aging.sc.gov</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://healthyconnectionsprimeadvocate.com">healthyconnectionsprimeadvocate.com</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de South Carolina

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo de South Carolina es un programa de Ombudsman que ayuda a las personas a aprender sobre los hogares para personas mayores y otros entornos de atención médica a largo plazo. También ayuda a resolver los problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

La información sobre el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de South Carolina se encuentra disponible a través del Departamento de la Tercera Edad.

<b>LLAME AL</b>	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:lcombudsman@aging.sc.gov">lcombudsman@aging.sc.gov</a>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://aging.sc.gov">aging.sc.gov</a>

## J. Otros recursos

### Contactos regionales del Ombudsman

#### Región 1: **Appalachia**

Greenville, SC

Teléfono: 864-242-9733

Presta servicios a: **Anderson, Cherokee, Greenville, Oconee, Pickens y Spartanburg**

1-800-434-4036 (fuera del condado de Greenville)

#### Región 2: **Upper Savannah**

Greenwood, SC

Teléfono: 864-941-8070

Presta servicios a: **Abbeville, Edgefield, Greenwood, Laurens, McCormick y Saluda**

1-800-922-7729 (fuera del condado de Greenwood)

#### Región 3: **Catawba**

York, SC

Teléfono: 803-329-9670

Presta servicios a: **Chester, Lancaster, York y Union**

1-800-662-8330 (fuera del condado de York)

#### Región 4: **Central Midlands**

Columbia, SC

Teléfono: 803-376-5389

Presta servicios a: **Fairfield, Lexington, Newberry y Richland**

1-866-394-4166 (fuera del condado de Richland)

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**Región 5: Lower Savannah**

Aiken, SC

Teléfono: 803-649-7981

Presta servicios a: **Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun y Orangeburg**

1-866-845-1550 (fuera del condado de Aiken)

**Región 6: Santee-Lynches**

Sumter, SC

Teléfono: 803-775-7381

Presta servicios a: **Clarendon, Kershaw, Lee y Sumter**

1-800-948-1042 (fuera del condado de Sumter)

**Región 7: Pee Dee**

Hartsville, SC

Teléfono: 843-383-8632

Presta servicios a: **Chesterfield, Darlington, Dillon, Florence, Marion y Marlboro**

1-866-505-3331 (fuera del condado de Darlington)

**Región 8: Waccamaw**

Georgetown, SC

Teléfono: 843-546-4231

Presta servicios a: **Georgetown, Horry y Williamsburg**

1-888-302-7550 (fuera del condado de Georgetown)

**Región 9: Trident**

Charleston, SC

Teléfono: 843-554-2280

Presta servicios a: **Berkeley, Charleston y Dorchester**

1-800-864-6446 (fuera del condado de Charleston)

**Región 10: Lowcountry**

Yemassee, SC

Teléfono: 843-726-5536

Presta servicios a: **Beaufort, Colleton, Hampton y Jasper**

1-877-846-8148 (fuera del condado de Jasper)

**Oficina del Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado**

Lt. Governor's Office on Aging

1301 Gervais St., Suite 200

Columbia, SC 29201

Teléfono: 803-734-9900

1-800-868-9095 (fuera del condado de Richland)

Hay diez **Oficinas de Agencias para la Tercera Edad (Area Agencies on Aging, AAA)** distribuidas por todo South Carolina. Son excelentes recursos también para los problemas de la comunidad local. Pueden encontrarse en la siguiente ubicación:

**AAA: Región I (Anderson, Cherokee, Greenville, Oconee, Pickens y Spartanburg)**

Oficina de la Agencia de Appalachia

Concejo de Gobiernos de Appalachia SC

30 Century Drive

Greenville, SC 29606

864-242-9733

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**AAA: Región II (Abbeville, Edgefield, Greenwood, Laurens, McCormick y Saluda)**

Oficina de la Agencia de Upper Savannah  
Concejo de Gobiernos de Upper Savannah  
222 Phoenix Avenue Greenwood, SC 29648  
800-922-7729 (Número de teléfono gratuito)  
864-941-8053

**AAA: Región III (Chester, Lancaster, York y Union)**

Oficina de la Agencia de Catawba  
Oficina de la Agencia para la Tercera Edad de Catawba  
2051 Ebenezer Road, Ste. B  
Post Office Box 4618  
Rock Hill, SC 29732  
803-329-9670  
800-662-8330 (Número de teléfono gratuito)  
www.catawba-aging.com

**AAA: Región IV (Fairfield, Lexington, Newberry, Richland)**

Oficina de la Agencia de Central Midlands  
Concejo de Gobiernos de Central Midlands  
236 Stoneridge Drive  
Columbia, SC 29210  
803-376-5390  
866-394-4166 (Número de teléfono gratuito)

**AAA: Región V (Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun y Orangeburg)**

Oficina de Lower Savannah  
Concejo de Gobiernos de Lower Savannah  
2748 Wagener Road  
Aiken, SC 29801  
803-649-7981

**AAA: Región VI (Clarendon, Kershaw, Lee y Sumter)**

Oficina de la Agencia de Santee-Lynches  
Concejo Regional de Gobiernos de Santee-Lynches  
36 West Liberty,  
Sumter, SC 29151  
803-775-7381

**AAA: Región VII (Chesterfield, Darlington, Dillon, Florence, Marion y Marlboro)**

Oficina de la Agencia de Pee Dee  
Vantage Point Hartsville, SC 29551  
843-383-8632

**AAA: Región VIII (Georgetown, Horry, y Williamsburg)**

Oficina de la Agencia de Waccamaw  
Concejo Regional de Gobiernos de Waccamaw  
1230 Highmarket Street  
Georgetown, SC 29440  
843-546-4231

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

**AAA: Región IX (Berkeley, Charleston, y Dorchester)**

Oficina de la Agencia de Trident  
4450 Leeds Place West, Suite B  
North Charleston, SC 29405  
843-554-2275

**AAA: Región X (Beaufort, Colleton, Hampton y Jasper)**

Oficina de la Agencia de Lowcountry  
Concejo de Gobiernos de Lowcountry  
I-95 Exit 33 Hwy. 17  
Point South, SC 29945-0098  
843-726-5536

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan .....	29
C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados .....	30
C1. Qué es un coordinador de atención .....	30
C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados .....	30
C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados .....	30
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 (PCP) .....	31
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red .....	32
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan .....	33
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red .....	34
E. Cómo obtener servicios de salud conductual .....	34
F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) .....	35
G. Cómo obtener atención médica autodirigida .....	35
G1. Qué es la atención médica autodirigida .....	35
G2. Quién puede obtener atención médica autodirigida ( <b>Nota: esto se limita a poblaciones con derecho a exención, según el Paquete de beneficios del plan</b> ) .....	35
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal .....	36
H. Cómo obtener servicios de transporte .....	36
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre .....	36
I1. Cuidado en casos de emergencia médica .....	36
I2. Atención médica requerida urgentemente .....	38
I3. Atención médica durante un desastre .....	38

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan .....	39
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan .....	39
K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	40
K1. Definición de estudio de investigación clínica .....	40
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	40
K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica .....	40
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica .....	41
L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica .....	41
L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica .....	41
M. Equipo médico duradero (DME) .....	41
M1. DME como miembro de nuestro plan .....	41
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	42
M3. Los beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan .....	42
M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	43

---

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

Los servicios incluyen atención médica, servicios y asistencia a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) se indican en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores incluyen médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionen servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, en clínicas y en otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, así también como servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Estos proveedores han acordado facturarnos directamente por la atención que le prestan. Por lo general, cuando visita a un proveedor de la red, no debe pagar *nada* por los servicios cubiertos.

---

## B. Reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye *salud conductual* y LTSS.

Por lo general, Molina Dual Options pagará por la atención médica y los servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. 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 los servicios son razonables y necesarios:
  - para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
  - para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado; **o**
  - de otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.
- De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben:
  - ser esenciales para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar afecciones médicas, y evitar el empeoramiento de estas, que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originan una enfermedad o dolencia;
  - prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; **y**
  - prestarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de práctica médica.
- Debe contar con un **proveedor de atención primaria (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 recurrir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la Sección D.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al 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.
- **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 regla:
  - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para conocer más sobre lo que significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, 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. Molina Dual Options requiere una autorización y decisión previas de que la atención es médicamente necesaria antes de recibir atención de un proveedor de la red. En este caso, cubriremos la atención *como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red*. Para informarse acerca de cómo obtener la aprobación para recurrir a 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 inscribe por primera vez en el plan, puede continuar acudiendo a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que haya completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar consultando a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

---

## C. Información acerca de su coordinador de cuidados

### C1. Qué es un coordinador de atención

Un(a) Coordinador(a) de Cuidados de Molina Dual Options es la persona principal con quien puede comunicarse. Esta persona lo(a) ayudará a gestionar todos los proveedores y servicios, y se asegurará de que obtenga lo que necesita.

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

Si desea comunicarse con su Coordinador de Cuidados, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. TTY: 711. O visite [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals).

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

El miembro o cuidador pueden solicitar el cambio del Coordinador de Cuidados asignado, según sea necesario, si llaman al Departamento de Servicios para Miembros o Coordinador de Cuidados. El personal de Molina Dual

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Options puede realizar cambios en la asignación de un Coordinador de Cuidados para un miembro según las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación de tal 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 (PCP)**

Usted debe elegir un PCP que le brinde y administre su cuidado.

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

El proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un médico, una enfermera especializada, un profesional de atención médica o una clínica o un hogar médico (centros de salud acreditados a nivel federal [Federally Qualified Health Centers, FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Las remisiones de un PCP de Molina Dual Options pueden ser necesarias para que un miembro reciba algunos servicios especializados. Se les permite a los miembros acceder directamente a los especialistas de la salud de mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica pero su Coordinador de Cuidados le ayudará a organizar o coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estas incluyen:

- Sus radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones al hospital
- Atención de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y progreso. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. También debe haber enviado su historia clínica anterior al consultorio de su PCP.

#### **Su elección de PCP**

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

#### **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 se va de nuestra red.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Todos los cambios que se realicen entrarán en vigor el primer día del mes siguiente, con las siguientes excepciones:

1. Si el miembro se está comunicando desde el consultorio del proveedor, la fecha de vigencia será la fecha de la llamada telefónica.
2. Si el miembro se encuentra en el primer mes de inscripción, la fecha de vigencia será el primer día del mes actual.

Sin embargo, le recomendamos que primero consulte a su médico para conocer a su PCP antes de cambiar. Puede comunicarse con Servicios para Miembros si desea obtener más información acerca de cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

### **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 requerida urgentemente recibida por parte de proveedores de la red.
- Atención médica requerida urgentemente recibida por parte de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).

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, la hepatitis B 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 de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- 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.

Si bien es probable que el PCP que elija utilice determinados hospitales y tenga especialistas a quien generalmente remite pacientes, como miembro no está limitado ni restringido solo a estos especialistas específicos. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especialistas para atender a sus miembros y le ayudaremos a recibir servicios de otros, en caso de que sea necesario. Se pueden requerir remisiones de su PCP para recibir servicios especializados, pero a los miembros se les permite acceder directamente a especialistas de salud para mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin necesidad de una remisión. Para acceder a algunos

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

servicios y medicamentos se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted o su PCP pueden solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Para servicios médicos:

PO Box 40309

North Charleston, SC 29423-0309

Teléfono: (855) 735-5831 (Centro de llamadas para el miembro SC MMP)

Fax: (866) 423-3889

Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (no de la Parte D):

PO Box 40309

North Charleston, SC 29423-0309 Teléfono (855) 735-5831

Fax: (855) 571-3011

Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:

7050 Union Park Center, Suite 200

Midvale, UT 84047

Teléfono: (855) 735-5831

Fax: (866) 290-1309

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren 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.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan 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 recibe 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 sobre cómo presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

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 el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

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

Si necesita atención médica que requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en nuestra red no pueden suministrar esta atención médica, incluidos los servicios y el soporte a largo plazo, puede obtener esta atención médica de un proveedor fuera de la red. Los servicios fuera de la red necesitan una autorización previa. Usted o su proveedor puede solicitar esta autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si recibe atención médica de rutina de un proveedor fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare/Healthy Connections Medicaid ni el plan serán responsables de los costos.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

---

#### **E. Cómo obtener servicios de salud conductual**

Tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Molina Dual Options proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias, que incluye centros comunitarios de salud mental. Puede encontrar una lista de proveedores en la página web del miembro de Molina Dual Options o llamando a Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de Proveedores y Farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un proveedor de salud conductual, comuníquese con Servicios para Miembros. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Molina Dual Options  
PO Box 40309  
North Charleston, SC 29423-0309  
Teléfono: (855) 735-5831  
Fax: (866) 423-3889

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. Se debe determinar la atención como necesaria. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica y salud conductual. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar asistencia.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarle con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en una residencia para personas mayores o en un hospital.

Los LTSS están a disposición de los miembros en determinados programas de exención administrados por la División de atención a largo plazo en la comunidad (Community Long Term Care, CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Esas exenciones son las siguientes:

- Exención de Community Choices.
- Exención para VIH/SIDA.
- Exención para dependiente de ventilación mecánica.

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y sumas de LTSS. Si cree que necesita LTSS, puede consultar a su Coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones. Su Coordinador de Cuidados puede proporcionarle información sobre cómo aplicar para una exención adecuada y todos los recursos que se encuentran a su disposición bajo el plan.

Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener más información sobre estos programas.

Usted puede calificar para algunos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) si no es un participante de exención. Puede recibir estos beneficios de nuestra parte si son médicamente necesarios. Su Coordinador de Cuidados le ayudará a entender sus opciones y su programa de exención si usted está en uno de ellos. Para obtener más información sobre estos servicios de programa, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

---

## G. Cómo obtener atención médica autodirigida

### G1. Qué es la atención médica autodirigida

La atención médica autodirigida significa que, si necesita y califica para los servicios de un asistente de cuidado personal, puede seleccionar, contratar, capacitar, dirigir y despedir a los proveedores que le prestan estos servicios. Los trabajadores que pueden prestar estos servicios de asistente de cuidado personal podrían incluir a amigos, vecinos, familiares o proveedores de agencias.

### G2. Quién puede obtener atención médica autodirigida (*Nota: esto se limita a poblaciones con derecho a exención, según el Paquete de beneficios del plan*).

Los servicios de asistente de cuidado personal están a disposición de los miembros en determinados programas de exención administrados por la división de atención a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Esas exenciones son las siguientes:

- Exención de opciones comunitarias
- Exención para HIV/AIDS
- Exención para dependiente de ventilación mecánica

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

### **G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal**

Su coordinador de atención le ayudará a entender este programa. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

---

## **H. Cómo obtener servicios de transporte**

Se proporcionan servicios de transporte médico en vehículos que no son ambulancia a los miembros elegibles que no puedan transportarse por su propia cuenta o mediante su familia, amigos o recursos comunitarios. Servicios para Miembros puede ayudarle a conseguir transporte. También puede llamar al proveedor de transporte aprobado por el estado, ModivCare, al número de teléfono que se indica a continuación para coordinar o cancelar el transporte si cuenta con la aprobación para recibir estos servicios.

### **SC Región 1:**

Abbeville, Anderson, Cherokee, Edgefield, Greenville, Greenwood, Laurens, McCormick, Oconee Pickens, Saluda, Spartanburg  
(866) 910-7688

### **SC Región 2:**

Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun, Chester, Clarendon, Fairfield, Kershaw, Lancaster, Lee, Lexington, Newberry, Orangeburg, Richland, Sumter, Union, York  
(866) 445-6860

### **SC Región 3:**

Beaufort, Berkeley, Charleston, Chesterfield, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Florence, Georgetown, Hampton, Horry, Jasper, Marion, Marlboro, Williamsburg  
(866) 445-9954

Para obtener más información sobre ModivCare, visite <http://memberinfo.logisticare.com/scmember>.

---

## **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:

- riesgo grave para su salud; **o**
- grave daño en las funciones corporales; **o**
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

#### **Qué hacer si ocurre una emergencia médica**

En caso de una emergencia médica:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- **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 o su Coordinador de Cuidados 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. El número del Departamento de Servicios para Miembros se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Healthy Connections Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.

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.

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. 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. Molina Dual Options cubrirá los servicios de posestabilización que sean proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red en cualquiera de las siguientes situaciones:

- el plan ha autorizado estos servicios;
- servicios que recibió para mantener y estabilizar su afección.

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

**Si sufre una emergencia de salud conductual, llame al 911 o concurra al centro de emergencias más cercano.**

Si necesita servicios de salud conductual inmediatos, llame a la Línea de crisis de salud conductual:

- Llame: (844) 800-5154. TTY: 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede comunicarse a:

Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis

- Llame o envíe un mensaje de texto al: 988

DMH-Servicios Móviles para Personas en Crisis

- Llame: (833) 364-2274

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

### **Obtener atención médica de emergencia si finalmente 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 obtenga se considera “atención médica requerida urgentemente” y usted sigue las normas para obtener esta atención médica. (Consulte la sección siguiente).

## **I2. Atención médica requerida urgentemente**

### **Definición de atención médica requerida urgentemente**

Los cuidados requeridos urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

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

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

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

Sin embargo, si no es posible 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.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas del día al (844) 800-5155. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

Nuestro plan no cubre atención médica requerida urgentemente ni 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.

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).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Durante un desastre declarado, si no puede acudir a un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención 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

Molina Dual Options no puede reembolsarle los servicios que usted abonó de su bolsillo que son servicios cubiertos de Healthy Connections Medicaid. Por lo tanto, es importante que no pague directamente por los servicios que están cubiertos conforme a los beneficios de Healthy Connections Medicaid. Si paga por ellos de forma directa, no podremos hacerle el reembolso. Tendrá que buscar el reembolso directamente de su proveedor. En lugar de pagar, pídale a su proveedor que se comunique con nosotros con respecto al pago.

### No realice un pago directo por servicios que cubre Healthy Connections Medicaid.

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

Si le paga al proveedor, no le podremos reembolsar el dinero; no obstante, lo hará el proveedor. Servicios para Miembros o el Programa del Defensor de Healthy Connections Prime lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte el final de la página y el Capítulo 2 para obtener los números telefónicos.

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

Si pagó por los servicios cubiertos o 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 reglas 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 pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión.

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

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

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

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni 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.

**Sin embargo, 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. Estas 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.

Si es parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, tendrá que pagar cualquier costo 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-](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

[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 a la atención médica**

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

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

### **L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica**

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.

Después de haber alcanzado los límites de su cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare, usará los límites de Healthy Connections Medicaid. No tiene los mismos límites para la cobertura de atención en hospital para pacientes internados con Healthy Connections Medicaid que para Medicare. Se aplican los límites de cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare. (Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

---

## **M. Equipo médico duradero (DME)**

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

El DME incluye determinados elementos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas diabéticas, camas de hospital solicitadas por un proveedor

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa (i.v.), 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, nuestro plan alquilará la mayoría de los elementos de DME para usted por un máximo de 10 meses. En algunos casos, pueden ser 13 meses. Al final del periodo de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y se considera comprado. Es posible que nuestro plan pague los cargos de mantenimiento. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Si está alquilando equipo médico de uso prolongado (Durable Medical Equipment, DME) hay cosas que debe considerar si decide cambiar a un plan Original Medicare o Medicare Advantage.

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven propietarias 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 volverse propietarias.

**Nota:** puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el Manual *Medicare y Usted 2025*. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben 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**
- deja nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Original Medicare o un Plan Medicare Advantage.

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

- Deberá realizar los 13 pagos seguidos en Original Medicare, 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 Original Medicare o al plan Medicare Advantage.

## M3. Los beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

#### **M4. El 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.
- 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 .....	45
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 .....	47
E. Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan .....	86
F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options .....	88
F1. Cuidado paliativo .....	88
F2. Servicios dentales .....	89
F3. Transporte médico que no sea de emergencia .....	89
G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Healthy Connections Medicaid .....	89

---

## 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.

Puesto que recibe asistencia de Healthy Connections Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidados o a Servicios para Miembros al número al final de la página.

### A1. En caso de emergencias de salud pública

Cuando un desastre natural u otro problema de salud pública amerite una declaración de Estado de Emergencia por parte del Gobernador de South Carolina, Molina aprobará y cumplirá las normas y regulaciones requeridas para la emergencia específica. Además, Molina proporcionará recursos útiles que pueden incluir lo siguiente:

- Enlaces a las directrices estatales Proclamaciones del gobernador

Cualquier anuncio o cambio de salud pública relacionado con la forma en que se brindan y reembolsan los servicios médicos según las directivas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina.

---

## 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 cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio.

**Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Si esto sucede, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de 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.

**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.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa los servicios que son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión, para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado, o de otro modo médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben prestarse para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su actual estado de salud. 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. Los servicios también se deben prestar en un centro adecuado para su afección médica y seguir las normas generalmente aceptadas de atención médica.
- 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.
- Cuando usted es nuevo en el plan, le proporcionamos un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual es posible que el plan no requiera autorización previa para ningún proceso de tratamiento actual, incluso si ese tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. 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.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar acudiendo a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que haya completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar consultando a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Un acuerdo de caso único es una excepción para tratar al proveedor como un proveedor dentro de la red. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
- 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 (\*). Además, debe obtener PA para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de Beneficios:
  - Asesoramiento o pruebas genéticas.
  - Terapia de oxígeno hiperbárico.
  - Procedimientos para el tratamiento del dolor.
  - Estudios del sueño.
  - Admisión en un centro de rehabilitación o atención aguda a largo plazo.
- Su bienestar y capacidad para vivir en forma independiente importan. Como plan, trabajaremos con usted y sus proveedores para ayudar a equilibrar todas sus necesidades de atención médica, incluidos los servicios de atención a largo plazo, salud conductual y salud física;
- Si el plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- 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>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</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 una causa sistémica que pueda ser identificada, tal como no estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); y</li> <li>• no está asociado con una cirugía.</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
	<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.</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> <p>También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en la capacidad de adaptación que le ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en un entorno individual o grupal.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de ambulancia*</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos 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>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
	<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 de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años;</li> <li>• un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 intensivos 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> </ul>	\$0
	<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>• Otros servicios quiroprácticos que sean médicamente necesarios.</li> <li>• Para que se cubran otros servicios quiroprácticos, debe tener un problema de salud significativo como una afección neuromuscular.</li> <li>• <b>No</b> están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (EM), neumonía y enfisema.</li> <li>• Molina Dual Options solo reembolsará la subluxación espinal.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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> <li>• 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.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

	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>También puede llamar a la Línea para dejar de fumar de S.C., las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al (800) 784-8669 para recibir una capacitación de carácter individual y desarrollar un plan para dejar de fumar personalizado.</p> <p>El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 dentales</b></p> <p>Molina Dual Options cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales.</li> <li>• Procedimientos dentales relacionados con lo siguiente:</li> <li>• Trasplantes de órganos.</li> <li>• Oncología.</li> <li>• Radiación de la cabeza o cuello para el tratamiento del cáncer.</li> <li>• Quimioterapia para el tratamiento del cáncer.</li> <li>• Reemplazo total de articulaciones.</li> <li>• Reemplazo de válvula cardíaca.</li> <li>• Tratamiento de trauma realizado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.</li> <li>• Molina Dual Options también cubre servicios dentales ilimitados hasta \$4,000 cada año. Estos servicios incluyen lo siguiente:</li> <li>• Servicios dentales preventivos como exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías.</li> <li>• Servicios dentales integrales*.</li> <li>• Los miembros reciben una tarjeta de débito My Molina MyChoice cargada con el monto de asignación anual que se puede usar en cualquier proveedor dental. Los montos que no se utilicen no se transferirán al siguiente año.</li> <li>• Los servicios dentales cubiertos por el plan se ofrecen además de sus beneficios dentales de Medicaid de Healthy Connections. Comuníquese con el plan para obtener más información.</li> <li>• 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.</li> </ul>	\$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 hacerse en un entorno de atención médica primaria que brinde tratamientos de seguimiento y remisiones.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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>	<p>\$0</p>
	<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>• Materiales para comprobar 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> </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, o</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.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Es elegible para los Servicios de Control de la Diabetes si su proveedor determina que esto le ayudará.</li> <li>◦ Tiene una limitación de 10 horas de instrucción sobre diabetes durante su vida.</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>(Para ver una definición de “Equipo Médico Duradero [DME]”, consulte el Capítulo 12 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>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Healthy Connections 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>Como miembro de Molina Dual Options, nuestro plan alquilará la mayoría de artículos de DME para usted por un máximo de 10 meses. En algunos casos, pueden ser 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y se considera comprado.</p> <p>Es posible que nuestro plan pague los cargos de mantenimiento.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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, <b>y</b></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>• riesgo grave para su salud; <b>o</b></li> <li>• grave daño en las funciones corporales; <b>o</b></li> <li>• disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.</li> </ul> <p>Los servicios de emergencia están cubiertos solo cuando los obtenga dentro de los EE. UU.</p>	<p>\$0</p> <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, debe obtener atención en un hospital o centro dentro de la red. Si no, su proveedor tratante o proveedor de atención médica primaria determinarán cuando esté lo suficientemente estable para moverse o recibir atención en un hospital o centro de atención de la red. Su médico puede llamar a Molina Dual Options o a su Coordinador de Cuidados para obtener asistencia.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.</li> <li>• Suministros de planificación familiar con receta médica (condones).</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> </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 afecciones médicas de infertilidad.</li> <li>• Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.</li> <li>• Pruebas genéticas*.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>El plan tiene una gama de actividades de programas de educación de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otros cuidadores informales. Algunos ejemplos de temas que se pueden incluir son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol de afecciones crónicas.</li> <li>• Dejar de fumar.</li> <li>• Prevención de caídas.</li> <li>• Apoyo para el cuidador.</li> <li>• Nutrición.</li> <li>• Abuso de alcohol y drogadicción.</li> <li>• Control de sus medicamentos.</li> <li>• Acondicionamiento físico.</li> <li>• Planificación de la enfermedad.</li> <li>• Preparación para emergencias.</li> </ul> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas afecciones de salud. Algunas de ellas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la Salud.</li> <li>• Beneficio nutricional/de alimentación: hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Asesoramiento nutricional telefónico individual a pedido.</li> <li>• Control de enfermedades mejorado.</li> <li>• Servicios de telecontrol.</li> <li>• Línea Directa de Enfermería.</li> <li>• Evaluación de seguridad en el hogar.</li> <li>• Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.</li> <li>• Control de enfermedades.</li> <li>• Si usted vive con una afección de salud crónica, Molina Dual Options puede ser de ayuda. Estos programas se ofrecen sin costo alguno. Incluyen materiales de aprendizaje, recomendaciones y consejos para su cuidado.</li> <li>• Los programas para el control de enfermedades de Molina Dual Options son especialmente de ayuda si tiene una afección médica difícil de controlar que requiere más atención.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo rutinario (1 por año)</li> <li>• Ajuste/evaluación para aparatos auditivos (uno cada dos años).</li> <li>• Molina Dual Options paga hasta \$1500 cada año por audífonos*.</li> </ul> <p>Para obtener servicios de audífonos: El miembro debe comunicarse con NationsBenefits para obtener pruebas de audición y audífonos. Para encontrar a un proveedor participante de NationsBenefits, llame al (877) 208-9243 o visite <a href="http://molina.nationsbenefits.com">molina.nationsbenefits.com</a>.</p> <p>Si tiene un implante coclear o un dispositivo de audición implantado quirúrgicamente, el plan paga por las piezas de reemplazo.</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>Los miembros que tienen VIH o SIDA pueden obtener servicios adicionales si participan en un programa de exención de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (CLTC). Consulte el Capítulo 4, Sección E, para obtener más información sobre los servicios para los miembros que califican.</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>• Equipo y suministros médicos (incluyen, entre otros, suministros para incontinencia).</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Terapia de infusiones en el hogar</b>                      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; y</li> <li>• suministros, como un tubo o un catéter.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre 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; y</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>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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 cuidado paliativo 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. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>Cuando se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare se encarga de pagar los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y B de Medicare relacionados con su enfermedad terminal. Molina Dual Options no paga por sus servicios.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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>• Inyecciones contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales 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 corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.</li> </ul> <p>El plan pagará por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de healthy Connections Medicaid o la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>
	<p><b>Suministros para la incontinencia*</b></p> <p>El plan pagará por suministros para la incontinencia si su médico considera que los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros se determinan por su nivel de incontinencia.</p>	<p>\$0</p>
	<p><b>Terapia de infusión*</b></p> <p>El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos utilizados en ellas) que el médico receta para utilizar en su hogar.</p> <p>Si no desea recibir terapia de infusión en el consultorio de un médico u hospital, puede utilizar un centro de infusión. Consulte una lista de centros de infusión en el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>. En un centro de infusión, puede recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia.</li> <li>• Hidratación.</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa (IgIV).</li> <li>• Sangre y hemoderivados.</li> <li>• Antibióticos.</li> <li>• Punción intratecal/lumbar.</li> <li>• Inhalación.</li> <li>• Flebotomía terapéutica.</li> </ul> <p>Un médico estará en el lugar en el centro de infusión en caso de que haya emergencias médicas.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en hospital para pacientes internados*</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 para pacientes internados por abuso de sustancias.</li> <li>• Sangre, incluyendo su conservación y administración.</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> <li>• Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.</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. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales aceptan la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad.</p> <p>Si el Molina Dual Options provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y si es aprobado por Molina Dual Options para obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</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>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 para pacientes internados en un hospital psiquiátrico*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión a una Institución para enfermedades Mentales (Institution for Mental Diseases, IMD).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan pagará por servicios de atención médica mental que requieren de una estadía en el hospital.</li> <li>• Hay un límite vitalicio de 190 días para la atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a             <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul> </li> <li>• Después de que utilice sus 190 días, estos servicios estarán disponibles en una Institución para Enfermedades Mentales (IMD).             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Una IMD se define como una institución dedicada principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales, incluidas la atención médica, la atención de enfermería y servicios relacionados.</li> <li>◦ Un centro es una IMD si se determina por su naturaleza en general, como en el caso de los centros que se establecen y mantienen principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales.</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Hospitalizaciones: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará por los servicios que obtenga mientras se encuentre en el hospital o en una residencia para personas mayores. 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 médicos.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos.</li> <li>• Apósitos quirúrgicos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones.</li> <li>• Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos); o</li> <li>◦ sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien;</li> </ul> </li> <li>• ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente;</li> <li>• fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	<p>\$0 por los servicios y artículos enumerados en la columna de la izquierda para la hospitalización.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficios de los LTSS se ofrecen a todos los miembros del plan como necesarios desde el punto de vista médico. Pueden aplicarse reglas de autorización. Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para obtener información sobre cómo obtener acceso a estos servicios y a los proveedores disponibles en su comunidad. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión. Estos servicios incluyen lo siguiente:</li> <li>• Enfermería y atención diurna para adultos.</li> <li>• Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención.</li> <li>• Servicios de compañía.</li> <li>• Comidas entregadas a domicilio.</li> <li>• Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para la tina).</li> <li>• Asistencia de cuidado personal.</li> <li>• Sistema personal de auxilio en emergencias.</li> <li>• Medicamentos recetados.</li> <li>• Servicios privados de enfermería.</li> <li>• Algunos suplementos nutricionales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos especializados.</li> <li>• Reemplazo temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar).</li> <li>• Reemplazo temporal para su cuidador de atención médica en un Centro de Atención Residencial Comunitaria (Community Residential Care Facility, CRCF) o centro hospitalario (centro de enfermería u hospital).</li> <li>• Transporte hacia atención diurna para adultos.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Examen de detección de cáncer de pulmón</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</li> <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>• ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</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

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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 <i>indique</i> 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, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la <i>orden</i> de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la <i>orden</i> cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural.</p>	\$0
	<p><b>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>El plan pagará por los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <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>	\$0
	<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 (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV)</li> <li>• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

	<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> <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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 usted toma 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 principio 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> <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 medicamento necesario, y los anestésicos tópicos.</li> <li>• agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades determinadas (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> <li>• 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></li> </ul>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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>Cuidado en los centros de enfermería*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Su plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería para cumplir las necesidades totales del residente. Servicios especiales: asistencia de trabajadores sociales, actividades planificadas y diversas terapias.</li> <li>• Servicios personales: asistencia para comer, vestirse, funciones higiénicas, baños, etc.</li> <li>• Alojamiento y comida: alojamiento semiprivado o en sala.</li> <li>• Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, silla con inodoro, etc.</li> <li>• Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina).</li> <li>• Suministros médicos y oxígeno: equipo de oxígeno para terapia de inhalación, catéteres, apósitos, etc.</li> </ul> <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, laboratorio/radiografías, servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, medicamentos recetados, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) está cubierta en su propia categoría en esta tabla.</p>	<p>Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para saber si necesitará realizar algún aporte para su atención médica en un centro de enfermería.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 transición en residencias para personas mayores*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Los servicios de transición en una residencia para personas mayores están disponibles si está en una residencia para personas mayores y desea volver a su comunidad. Los servicios ayudan si tiene una discapacidad o afección de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de dispositivos que proporcionan los dispositivos necesarios.</li> <li>• Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad.</li> <li>• Asistencia por única vez con el alquiler o los servicios.</li> </ul> <p>El programa Home Again está diseñado para ayudar a las personas que han vivido en una residencia para personas mayores y desean volver a la comunidad. Si vivió en una residencia para personas mayores durante al menos 90 días, puede calificar para el programa y obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación de la transición.</li> <li>• Intervención de crisis.</li> <li>• Servicios de empleo ampliados.</li> <li>• Dispositivos de asistencia ampliados.</li> <li>• Bienes y servicios ampliados.</li> <li>• Sensores inalámbricos.</li> <li>• Servicios para vivir en la comunidad.</li> <li>• Enfermera de atención guiada.</li> <li>• Animales de servicio.</li> </ul> <p>Si piensa que califica para el programa, hable con su Coordinador de Cuidados.</p>	<p>\$0</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 ayudarle 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 <i>proveedor</i> de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</b></p> <p>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>	<p>\$0</p>
<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</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>• 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, incluyendo su conservación y administración*.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias*.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Atención médica mental ambulatoria*</b></p> <p>El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado.</li> <li>• Un psicólogo clínico.</li> <li>• Un trabajador social clínico.</li> <li>• Un especialista en enfermería clínica.</li> <li>• Una enfermera profesional (Nurse Practitioner, NP).</li> <li>• un auxiliar médico,</li> <li>• Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT).</li> <li>• Un asesor profesional clínico autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC); o</li> <li>• cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</li> </ul> <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 clínicos.</li> <li>• Tratamiento durante el día.</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial.</li> </ul> <p>Los servicios de hospitalización, tratamiento por día y rehabilitación psicosocial requieren la autorización de Molina Dual Options. Comuníquese con Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</b></p> <p>El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar su función física y evitar lesiones, deficiencias y discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.</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>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Molina Dual Options paga por servicios ambulatorios de rehabilitación de alcohol y drogas (A&amp;D). Estos servicios están disponibles a través del Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas (Department for Alcohol and Other Drug Abuse Services, DAODAS) de South Carolina. También dispone de gestión de crisis si experimenta un trauma emocional, físico o psicológico. La Parte B de Medicare ayuda a pagar por los servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de sustancias del departamento ambulatorio de una clínica u hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia.</li> <li>• Educación para pacientes.</li> <li>• Atención de seguimiento si deja el hospital.</li> <li>• Medicamentos recetados durante una internación hospitalaria o los medicamentos inyectados en el consultorio de un médico.</li> <li>• Examen de detección y asesoramiento preventivos.</li> </ul>	\$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

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Usted recibe \$100 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.</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>Los elementos OTC se pueden comprar a través de tiendas minoristas participantes.</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>• Tarjeta de débito OTC: en las tiendas minoristas participantes.</li> <li>• <b>A través de las tiendas minoristas participantes</b></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 artículos OTC de 2025.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro i copago si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>un trimestre, o período trimestral, últimos 3 meses. Los períodos trimestrales para sus beneficios OTC cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enero a marzo.</li> <li>• Abril a junio.</li> <li>• Julio a septiembre.</li> <li>• Octubre a diciembre.</li> </ul> <p>Los \$100 que obtiene cada trimestre vencen al final del período trimestral. No se transfiere al siguiente período trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier monto no utilizado antes de que finalice el trimestre.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima trimestral (3 meses).</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Cuidados paliativos</b>                      Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Los cuidados paliativos son cuidados de atención médica especializada para personas con enfermedades serias. Este tipo de atención se enfoca en proporcionar a los pacientes un alivio de los síntomas, dolor y estrés de la enfermedad seria. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto para el paciente como para la familia.</p> <p>Los cuidados paliativos son proporcionados por un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, capellanes y otros que trabajen con los otros médicos del paciente para proporcionar una capa adicional de apoyo. El equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablará con los miembros acerca de lo que más importa para ellos.</li> <li>• Evaluará y controlará el dolor y otros síntomas.</li> <li>• Abordará necesidades psicológicas y espirituales de los miembros y de sus familias.</li> <li>• Ofrecerá apoyo para ayudar a los miembros a vivir lo más plenamente posible.</li> <li>• Ofrecerá un sistema de apoyo para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad del miembro.</li> </ul> <p>Los cuidados paliativos son adecuados a cualquier edad y en cualquier estado en una enfermedad seria, puede ser proporcionado junto con un tratamiento curativo.</p>	<p>\$0</p>
<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>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan pagará por los siguientes servicios:</li> <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 equilibrio básicos proporcionados por su especialista, si su médico los solicita, para determinar si necesita tratamiento.</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluido el proveedor de atención primaria. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</li> </ul> </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:</li> <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> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal.</li> <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:</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>• 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> <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:</li> <li>• No es un paciente nuevo; <b>y</b></li> <li>• La evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>• La evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</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> </ul> <p>Nota: No todas las enfermedades se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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; ◦</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> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres, el plan pagará 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>• examen, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y órtesis</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> <p>El plan no pagará dispositivos ortopédicos dentales.</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 <i>una orden</i> de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS)</b></p> <p>El plan cubrirá los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ETS. Un <i>proveedor</i> de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses.</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 <i>proveedor</i> de atención primaria Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Nuestro plan cubre las internaciones en un SNF dentro y fuera de Medicare sin que se requiera una hospitalización previa.</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, incluyendo su conservación y administración.</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 deja el hospital.</li> <li>• Tenga en cuenta que la atención médica en un centro de enfermería está cubierta en su propia categoría en esta tabla.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)*</b>                      El plan paga por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. El plan pagará por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>\$0</p>
<p><b>Administración de Casos Específicos (Targeted Case Management, TCM)</b>                      Las actividades de TCM se aseguran que sus necesidades médicas, sociales, educativas y otras necesidades de servicios estén contempladas en forma permanente para que pueda volverse autosuficiente.</p> <p>Para obtener TCM, tiene que estar en uno de los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con discapacidades intelectuales y relacionadas.</li> <li>• Adultos con una enfermedad mental grave y persistente.</li> <li>• Personas con trastornos por sustancias psicoactivas.</li> <li>• Personas con riesgo de trastornos genéticos.</li> <li>• Personas con lesiones en la cabeza y la columna vertebral y discapacidades relacionadas.</li> <li>• Personas con deficiencias sensoriales.</li> <li>• Adultos con deficiencias funcionales.</li> </ul> <p>La TCM está disponible solo durante los últimos 180 días en los que está en una institución y pasa a un entorno comunitario. Las personas que pasan a una exención no son elegibles para TCM.</p> <p>Hable con su <i>Coordinador de cuidados</i> o PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM.</p>	<p>\$0</p> <p>No se requiere remisión o autorización para inscribirse en la TCM. Algunos servicios prestados a los miembros de acuerdo con la TCM pueden requerir autorización y remisión. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Telemedicina</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>El plan cubre algunos servicios médicos o de salud que utilizan audio o video en tiempo real con un proveedor que no está en su ubicación.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, en determinadas condiciones, y solo si se encuentra en uno de los siguientes lugares: un consultorio médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con calificación federal, centro hospitalario de diálisis, centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o centro comunitario de salud mental.</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos con un sistema de telecomunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas.</li> <li>• Visitas al consultorio.</li> <li>• Psicoterapia individual.</li> <li>• Administración de recetas médicas.</li> <li>• Exámenes y pruebas de entrevistas de diagnóstico psiquiátrico.</li> </ul> <p>Los servicios tales como conversaciones telefónicas, mensajes de correo electrónico y videollamadas por teléfono celular no están cubiertos.</p> <p>Se proporciona telepsiquiatría en forma limitada a través del Departamento de Salud Mental en asociación con más de 20 salas de emergencias de hospitales en el estado.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Atención médica requerida urgentemente</b></p> <p>La atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un caso que no es de emergencia, o</li> <li>• una enfermedad imprevista, o</li> <li>• una lesión, o</li> <li>• una afección que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención urgente está cubierta solo cuando recibe los servicios en los EE. UU.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>Cuidado para la vista</b></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. Medicare no cubre exámenes periódicos de los ojos para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para una enfermedad o lesión de la vista.</li> <li>• Reemplazo inicial de la lente debido a una cirugía de cataratas.</li> </ul> <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 cubrirá servicios para la vista ilimitados de hasta \$300 por año. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista de rutina, lentes de contacto, anteojos, lentes de anteojos, marcos de anteojos y actualizaciones.</li> </ul> <p>Los miembros reciben una tarjeta de débito My Molina MyChoice cargada con el monto de asignación anual que se puede usar en cualquier ubicación de proveedor de la vista. Los montos que no se utilicen no se transferirán al siguiente año.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>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 (incluyendo exámenes y vacunas) y</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>	<p>\$0</p>

**E. Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan**

Los servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarle con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en una residencia para personas mayores o en un hospital.

Los LTSS están a disposición de los miembros en determinados programas de exención administrados por la División de atención a largo plazo en la comunidad (Community Long Term Care, CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y las sumas de LTSS dependen de la exención con la que cuente. Si cree que necesita LTSS, puede consultar a su Coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de exención operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community and Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de exención de opciones comunitarias*</b></p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la exención de opciones comunitarias. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería y atención diurna para adultos.</li> <li>• Transporte hacia atención diurna para adultos.</li> <li>• Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención.</li> <li>• Servicios de compañía.</li> <li>• comidas entregadas en el domicilio.</li> <li>• Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo portátil para la ducha).</li> <li>• Asistencia de cuidado personal.</li> <li>• Sistema personal de auxilio en emergencias.</li> <li>• Algunos suplementos nutricionales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos especializados.</li> <li>• Reemplazo temporal para su cuidador de atención médica en un Centro de Atención Residencial Comunitaria (Community Residential Care Facility, CRCF) o centro hospitalario (centro de enfermería u hospital).</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios de exención para VIH/SIDA*</b></p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la exención para VIH/SIDA. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención.</li> <li>• Servicios de compañía.</li> <li>• comidas entregadas en el domicilio.</li> <li>• Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo portátil para la ducha).</li> <li>• Asistencia de cuidado personal.</li> <li>• Servicios privados de enfermería.</li> <li>• Algunos suplementos nutricionales.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de exención operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community and Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de exención para dependientes de ventilación mecánica*</b></p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la exención para dependientes de ventilación mecánica. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención.</li> <li>• comidas entregadas en el domicilio.</li> <li>• Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo portátil para la ducha).</li> <li>• Asistencia de cuidado personal.</li> <li>• Sistema personal de auxilio en emergencias.</li> <li>• Servicios privados de enfermería.</li> <li>• Algunos suplementos nutricionales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos especializados.</li> <li>• Reemplazo temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar).</li> </ul>	<p>\$0</p>

## F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

Molina Dual Options no cubre los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare. Puede recibir estos servicios de la misma manera que lo hace en la actualidad.

### F1. Cuidado paliativo

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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.

**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.

Algunos servicios no están cubiertos por Molina Dual Options, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid. Puede recibir estos servicios de la misma manera que lo hace en la actualidad.

**F2. Servicios dentales**

A través de Healthy Connections Medicaid, sigue siendo elegible para los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), atención médica preventiva (limpieza anual), atención reconstituyente (empastes) y atención de cirugía (extracciones/remociones) con un pago por servicio, con un copago de \$0. Además, Molina Dual Options cubre beneficios preventivos e integrales además de su cobertura dental de Medicaid Healthy Connections. Comuníquese con su coordinador de cuidados para obtener más información. Diagnósticos (evaluación oral y radiografías), atención médica preventiva (limpieza anual), atención reconstituyente (empastes) y atención de cirugía (extracciones/remociones) están cubiertos con un pago por servicio. Comuníquese con su coordinador de cuidados para obtener más información.

**F3. Transporte médico que no sea de emergencia**

Hay disponible asistencia de transporte hacia y desde cualquier cita médica con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Las solicitudes urgentes o en el mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) se verificarán con los proveedores de atención médica para confirmar que el plazo reducido es médicamente necesario. **Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

Si desea obtener más información, comuníquese con su Coordinador de Cuidados o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web de ModivCare, el agente de transporte: [memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads](http://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads). Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con ModivCare, cuya información de contacto correspondiente a su región aparece en el folleto para miembros.

---

**G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Healthy Connections Medicaid**

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Healthy Connections 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- 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.
- 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.
- 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.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida. Sin embargo, el plan pagará por anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Suministros anticonceptivos no recetados.
- 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.
- Artículos personales en su habitación en un hospital u hogar para personas mayores, tales como teléfono o televisor.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Atención de podiatría de rutina, excepto por la cobertura limitada provista según las pautas de Medicare.
- Servicios considerados como no justificados ni necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de su suma de costos compartidos.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es necesario desde el punto de vista médico y Medicare paga por el mismo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 Healthy Connections 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 u hogar para personas mayores.
- 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 PCP lo remitió.
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 pedido 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## Tabla de Contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas .....	93
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica .....	93
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica .....	93
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red .....	93
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red .....	93
A5. Cómo usar una farmacia especializada .....	93
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos .....	94
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos .....	95
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan .....	95
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica .....	96
B. <i>Lista de Medicamentos</i> del plan .....	96
B1. Medicamentos de la <i>Lista de Medicamentos</i> .....	96
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> .....	96
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de Medicamentos</i> .....	97
B4. Categorías de la <i>Lista de Medicamentos</i> .....	98
C. Límites para algunos medicamentos .....	98
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto .....	99
D1. Obtener un suministro temporal .....	99
D2. Cómo solicitar un suministro provisional .....	101
D3. Solicitar una excepción .....	101
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	101
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales .....	103
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan .....	103
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo .....	104
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare .....	104
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....	104
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura .....	104
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos .....	105
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura .....	105

---

## A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar 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 con 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 resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con 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 encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con Servicios para Miembros o con su Coordinador de atención.

### A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
- Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene alguna dificultad para obtener sus medicamentos en dicho centro, comuníquese con 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 tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

### Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir un suministro provisional de su receta médica al (855) 735-5831, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, si su pedido por correo está demorado.

### Proceso 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 nuestra 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 tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro 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 período menor.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## 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*.

Los medicamentos de 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 debe seguir para obtener sus medicamentos.

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

### B1. Medicamentos de 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 Healthy Connections 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 o los productos biológicos y, habitualmente, 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*.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y artículos 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 la *Lista de medicamentos*, usted puede:

- Consultar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- Visite nuestra página web que figura al final de la página. La *Lista de Medicamentos* que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.
- Comunicarse con Servicios para Miembros al número al final de la página 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 cuidados*. 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.

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

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

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

Molina Dual Options 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 Healthy Connections 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 u otro proveedor 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 Healthy Connections 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®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la empresa que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## 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

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, el plan espera 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.

**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.

### 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 la versión genérica o biosimilar intercambiable.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

- 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 de biosimilar intercambiable 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.

## Averigüe si estas reglas aplican 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 la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o revise nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals).

---

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

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

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

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

### D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro 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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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:**

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
  - **Cubrimos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 180 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 del medicamento durante los primeros 180 días de su membresía en el 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 180 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 180 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 puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 solicitar un suministro provisional

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.

## D3. Cómo solicitar una excepción

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 ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

---

## 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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 la *Lista de Medicamentos* actualizada de Molina Dual Options en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals) o
- Llamar a Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen al final de la página para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

### 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, se lanzan al mercado medicamentos genéricos nuevos o biosimilares que son tan efectivos como los medicamentos de marca o productos biológicos originales que se encuentran en la Lista de Medicamentos actual. Cuando eso suceda, es posible que eliminemos el medicamento de marca o el producto biológico original y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento o biosimilar intercambiable seguirá siendo el mismo.  
Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o 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, Sección 6 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 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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 (FDA) dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz o el fabricante retira un medicamento del mercado, podemos retirarlo 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 centros de cuidado experto 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

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.

---

## **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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 el Departamento de *Servicios* para Miembros o su Coordinador de Cuidados.

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

Molina Dual Options 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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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 drepanicitosis;
- recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales; o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Duals](https://www.MolinaHealthcare.com/Duals).

## Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid

### 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 Healthy Connections Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Healthy Connections Medicaid, obtiene “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

“**Ayuda Extra (Extra Help)**” es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de “Ayuda Extra (Extra Help)” también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” (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 al número que figura al final de la página. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals). La *Lista de Medicamentos* que se publica en el sitio 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

FENVA

## Tabla de Contenidos

A. La <i>Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)</i> .....	110
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos .....	110
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo .....	111
C1. Las categorías de costos compartidos del plan .....	111
C2. Sus opciones de farmacia .....	111
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....	112
C4. Lo que paga usted .....	112
D. Vacunas .....	113
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna .....	113

PRELIMINAR

---

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

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

- 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 obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones 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, lo que usted pagó, y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del “Año hasta la fecha”**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio 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.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.

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

---

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

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

### 1. Utilice su tarjeta de identificación de 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. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.

Estos son algunos casos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe dentro del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra los medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto.

Para saber cómo solicitarnos un reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7.

### 3. 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 gastos de su propio bolsillo. 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.

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

Con Molina Dual Options, no debe pagar nada por sus medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

### C1. Las categorías de costo compartido del plan

Las categorías son grupos de medicamentos en la misma *Lista de Medicamentos*. Todos los medicamentos en la *Lista de Medicamentos* del plan están en tres (3) categorías. No tiene copagos por los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) de la *Lista de Medicamentos* de Molina Dual Options. Para encontrar la categoría de sus medicamentos, puede consultar la *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos de la Categoría 1 son medicamentos genéricos. Por los medicamentos de la Categoría 1, usted no paga nada.
- Los medicamentos de 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.

### C2. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos los medicamentos recetados en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo haremos eso.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

**C3. 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*.

**C4. Lo que paga usted**

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado con cobertura 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 más información.
<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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. 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.

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

Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 .....	115
B. Cómo enviar una solicitud de pago .....	116
C. Decisiones de cobertura .....	117
D. Apelaciones .....	117

## 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 los pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
  - Si pagó por servicios que Medicare cubre, le reembolsaremos su dinero.
  - Si pagó por servicios que Healthy Connections Medicaid cubre, no le podremos reembolsar su dinero, pero lo hará el proveedor. Servicios para Miembros o el Programa del Defensor de Healthy Connections Prime lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte el final de la página y el Capítulo 2 para obtener los números telefónicos.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de 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 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 por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un 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 va a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.
- 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 la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a 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:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Molina Dual Options  
Attn: Medicare Member Services  
200 Oceangate, Ste. 100  
Long Beach, CA 90802

Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:

Molina Dual Options  
7050 Union Park Center Suite 600  
Midvale, UT 84047

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. También puede llamarnos al: (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

**Nos debe presentar su reclamo dentro de los 365 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo, o dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el medicamento.

---

## 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Tabla de Contenidos

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades .....	119
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos .....	120
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (Personal Health Information, PHI) .....	121
C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI) .....	121
C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica .....	121
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos .....	127
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente .....	128
F. Tiene el derecho a dejar el plan en cualquier momento .....	128
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	128
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica .....	128
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo .....	129
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....	130
H. Su derecho a opinar sobre cómo se opera el plan .....	130
I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	130
I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos .....	131
J. Sus responsabilidades como miembro del plan .....	131

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de las opciones, las reglas y los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Our plan can also give you materials for free in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio.
  - Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare at 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.
- Medicaid at (855) 882-3901, 8 a.m. to 6 p.m., Monday – Friday, ET.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- También puede llamar a Healthy Connections Medicaid directa para obtener ayuda cuando tenga problemas. Aquí le explicamos cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
  - Llame al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Puede ayudarlo a entender el proceso de quejas y decirle quién puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

- Para obtener información de una manera que pueda entenderla, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan de salud cuenta con personal que puede contestar preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede ofrecer gratuitamente materiales en español y en formatos como letra grande, braille o audio.
  - Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY al 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas o 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 al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY al 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid al (855) 882-3901, 8 a.m. to 6 p.m. de lunes a Viernes hora del este.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- Para recibir ayuda con problemas, también puede comunicarse directamente con Healthy Connections Medicaid. Instrucciones para obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
  - Comuníquese con el Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. También le pueden ayudar a entender el proceso para presentar una queja e informarle quién le puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un *proveedor* de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. 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 una red de proveedores de cuidados primarios y especialistas capaces de cumplir con sus necesidades de acceso físico, comunicación y programación de citas.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro 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 de tiempo 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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 de salud protegida (Protected Health Information, PHI)**

Protegemos su información médica personal (PHI), como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

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.

A excepción de los casos mencionados anteriormente, no damos su información médica protegida PHI a nadie que no le proporcione atención médica ni 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 o Healthy Connections Medicaid su información médica protegida (protected health information, PHI). Si Medicare o Healthy Connections Medicaid divulgan su información médica protegida (protected health information, PHI) para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.

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

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle un cargo para hacer una copia de su historia clínica.

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

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

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

#### **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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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

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

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar la atención médica que 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.

### ¿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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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 nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF SOUTH CAROLINA

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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.

#### **Funciones gubernamentales**

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

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

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**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 la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. 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. Para comunicarse con Servicios para Miembros de Molina, llame al (855) 735- 5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. 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 South Carolina  
Attention: Director of Member Services  
P.O. Box 40309  
North Charleston, South Carolina 29423-0309

Teléfono: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m.- 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán 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:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70  
61 Forsyth Street, S.W.  
Atlanta, GA 30303-8909  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY 711);  
(202) 619-3818 (FAX)

### ¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y 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**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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. También, se encuentra en nuestra página web [www.molinahealthcare.com/duals](http://www.molinahealthcare.com/duals).**

### Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:  
Molina Healthcare of South Carolina, Inc.  
Attention: Manager of Member Services  
4105 Faber Place Drive. Suite 470  
Charleston, SC 29405

Teléfono: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m.- 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

---

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

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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Este servicio es gratuito.

También contamos con material escrito disponible en español. También podemos proporcionarle información en formato de audio, en sistema braille o en letra grande. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
  - Información financiera.
  - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan.
  - El número de apelaciones hechas por los miembros.
  - Cómo salir del plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluye:
  - Cómo elegir *proveedores* de atención primaria o cambiarlos.
  - Calificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
  - Una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros o visite [MolinaHealthcare.com/Duals](http://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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información oportuna sobre los cambios en el plan. Esto incluye obtener información por escrito incluida en sus materiales de orientación una vez por año y ser notificado de cualquier cambio importante en sus materiales de orientación 30 días antes de que se produzcan.

---

## E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

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

Tiene derecho a estar protegido de pagar cargos de los que es responsable Molina Dual Options.

Tiene derecho a que no se le cobren costos compartidos (copagos y deducibles) por servicios de las Partes A y B de Medicare.

---

## F. Tiene el derecho a dejar el plan en cualquier momento

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

- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Si se retira del plan, obtendrá sus beneficios de Healthy Connections Medicaid de la manera en que los utilizaba antes de ingresar. Se ofrecerán a través de pago por cada servicio de Healthy Connections Medicaid.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.

---

## 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

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 su estado de salud.** Tiene derecho a tener información completa y exacta sobre su estado de salud.
- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- **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.
- **Se le incentive a involucrar a sus cuidadores y familiares en los análisis y decisiones de tratamiento.**
- **Se le informe por escrito, con anticipación, si se lo traslada a otro lugar de tratamiento y el motivo de dicho traslado.**

## **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 directivas anticipadas. Molina Dual Options actualiza la información sobre las directivas anticipadas a más tardar noventa (90) días calendario después de recibir un aviso sobre cambios en las leyes estatales.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Molina Dual Options sin costo al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711.

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 usted 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 una. Algunos ejemplos son un testamento y un poder notarial para atención médica.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, Coordinador de Cuidados, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico [State Health Insurance Program, SHIP] de South Carolina), también pueden tener formularios de directivas anticipadas. *También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.*
- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar 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 directiva anticipada, **lleve una copia de dicho documento al hospital.**

El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de directiva 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 directiva anticipada.

### **G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones**

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja a su Coordinador de Cuidados o al Programa de Protección de Healthy Connections Prime.

---

## **H. Su derecho a opinar sobre cómo se opera el plan**

Si tiene un comentario acerca de cómo funciona el plan hoy, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página y háganoslo saber.

---

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

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

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el Capítulo 11 de este manual, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede comunicarse para obtener ayuda:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- El Mediador de Healthy Connections Prime. 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 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)).
- Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

---

## J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame 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.
- **Participar en un examen de detección de salud inicial** cuando se inscriba en el plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame a Servicios para Miembros.
- **Participar en una evaluación integral** dentro de los primeros 60 o 90 días de la inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame a Servicios para Miembros.
- **Informarnos 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.
- **Decirle a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación del miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- **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.
- **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 casi todos los miembros de Molina Dual Options, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
- **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **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 Healthy Connections Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Healthy Connections 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.
- **Pagar sumas de recuperación del patrimonio después de su fallecimiento**
  - La recuperación del patrimonio es la suma que algunos miembros adeudan a Healthy Connections Medicaid después de su fallecimiento.
  - No adeudará dinero a nuestro plan, pero puede adeudar dinero a Healthy Connections Medicaid por los servicios obtenidos antes de ingresar en nuestro plan.
  - No se permite al plan cobrar recuperaciones de patrimonio después de su fallecimiento, pero notificaremos a Healthy Connections Medicaid que ha fallecido.
  - Si adeuda dinero a Healthy Connections Medicaid cuando fallece, el estado puede cobrar recuperaciones de patrimonio de dinero o propiedades que deje.
- Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para obtener ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para que lo oriente con su problema.

El Mediador de Healthy Connections Prime es el mediador para South Carolina. 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## Tabla de Contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema .....	136
A1. Qué sucede con los términos legales .....	136
B. A dónde llamar para pedir ayuda .....	136
B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	136
C. Problemas relacionados con sus beneficios .....	137
C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja .....	137
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	138
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura .....	138
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura .....	138
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	139
E. Problemas sobre la atención médica .....	140
E1. Cuándo usar esta sección .....	140
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	141
E3. Apelación de Nivel 1 para atención médica .....	143
E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica .....	146
E5. Problemas de pago .....	149
F. Medicamentos de la Parte D .....	150
F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D .....	150
F2. Qué es una excepción .....	152
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones .....	153
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 .....	154
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	156
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	158
G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria por más tiempo .....	159
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare .....	159
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital .....	160
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital .....	162
G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación .....	163
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 .....	164
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura .....	165
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención .....	165
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención .....	166
H4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1 .....	167

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 .....	169
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare .....	169
I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid .....	169
J. Cómo presentar una queja .....	170
J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas .....	170
J2. Quejas internas .....	171
J3. Quejas externas .....	172

FINAL

---

## 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 Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

### A1. Qué sucede con 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 ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

---

## B. A dónde llamar para pedir ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

#### **Puede obtener ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime**

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Programa del Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime es un programa de Ombudsman que puede responder sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El Defensor de Healthy Connections Prime no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede ayudarle a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. 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). Los asesores del SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP ha capacitado a los asesores en cada estado y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP se conoce como I-CARE, que significa Asistencia y remisiones de asesoramiento de seguro para adultos mayores (Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders, I-CARE). El número de teléfono de I-CARE es el 1-800-868-9095 y su sitio web es [aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud](http://aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratuitas, al igual que los servicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 Healthy Connections Medicaid**

Puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Estas son algunas formas de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

- Llamar a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Visitar la página web de Healthy Connections Medicaid ([www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)).

**Obtener ayuda de otros recursos**

Puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y defensa (Protection & Advocacy, P&A) para personas con discapacidades al número de teléfono gratuito 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina al número de teléfono gratuito 1-888-346-5592.
- Oficina para la tercera edad del Vicegobernador al número de teléfono gratuito 1-800-868-9095.

**C. Problemas relacionados con sus beneficios**

**C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja**

**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.

<p><b>¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?</b></p> <p>(Esto incluye problemas para saber si determinada atención médica [artículos médicos, servicios 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>	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la <b>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>Avance a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b>.</p>

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. 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, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid o ya no lo cubre. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

### 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 **Servicios para Miembros** al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
- Llame al Defensor de **Healthy Connections Prime** para obtener ayuda gratuita. El Defensor de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime a resolver problemas relacionados con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**, conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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/sc/en-us/members/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. 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 necesita 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 (pero **no** con medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
  - No aprobamos la atención médica que su médico quiere darle y usted cree que esta atención debería estar cubierta.
    - **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 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:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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 dispense 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 de cuál sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

Si necesita más ayuda o información, llame al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

## E. Problemas sobre la atención médica

### E1. Cuándo usar esta sección

En esta sección, se detalla qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por su atención médica, como servicios médicos, de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). 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 para obtener información sobre 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 la 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 aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.

**Lo que puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagamos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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 reembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

- 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 solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud conductual o servicios y apoyo a largo plazo (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) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. TTY: 711.
- Usted puede enviarnos un fax al: (866) 423-3889
- Puede escribirnos a:

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan  
Attn: Health Care Services Department  
P.O. Box 40309  
North Charleston, SC 29423-0309

### ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, el plazo es de hasta 14 días calendario posteriores a su solicitud, a menos que su 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 rápido?

**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

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

**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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o enviarnos un fax al (866) 432-3889. 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 solicitando 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 médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
  - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También 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 médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
    - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J.

#### **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 Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de Nivel 1 para atención médica

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el *Defensor de Healthy Connections Prime* al 1-844-477-4632 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El *Mediador de Healthy Connections Prime* no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

#### ¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de su cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos, después de nuestra revisión, que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

#### ¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico, otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 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.  
PO Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977.  
En línea: [Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com](mailto:Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com)
  - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

#### Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. *También puede llamarnos para solicitar una apelación.*

- Pregunte **dentro de los siguientes 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 “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. Igualmente, otra persona, además de su médico u otro proveedor, puede hacer la apelación por usted, pero primero debe llenar 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 actuando 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.

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/sc/en-us/mem/duals/resources/info/forms.aspx>.

**Si la apelación proviene de una persona que no sea usted, su médico u otro proveedor,** deberemos recibir el formulario de Nombramiento de Representante antes de que podamos revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 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: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

**NOTA:** Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su apelación está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

**Sí.** Solicítenos una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

### ¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?

**Sí,** usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si 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 estado de salud lo requiere.

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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 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 al Nivel 2 del proceso de apelaciones 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 un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, 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 es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo Healthy Connections Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, 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 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 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 los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones 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 un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, 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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**Si nuestra respuesta es negativa** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo Healthy Connections Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

#### ¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio que fue previamente aprobado, le avisaremos con al menos 10 días calendario de anticipación antes de realizar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos sus beneficios mientras se tramita la apelación. Para mantener sus beneficios, debe **realizar la solicitud en la siguiente** fecha, o en una fecha anterior:

- Dentro de los 10 días calendario de la fecha de envío de la notificación de acción; o
- La fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio en disputa mientras se tramita la apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le brindaron mientras la apelación estaba pendiente.

### E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica

#### Si la respuesta del plan es negativa en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

Si nuestra respuesta es **negativa** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) tan pronto como la Apelación de Nivel 1 haya finalizado.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede solicitar una Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión con respecto a la cobertura de Medicaid.

#### ¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) o la División de Apelaciones y Audiencias. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

#### Mi problema es acerca de un artículo o servicio Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 por servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid se denomina una “Audiencia Imparcial Estatal”.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, debe comunicarse con la División de Apelaciones y Audiencias por escrito. Debe pedir una Audiencia Imparcial Estatal **en el plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de Apelaciones y Audiencias le extienda el plazo.

Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, complete una solicitud en línea en [msp.scdhhs.gov/appeals](https://msp.scdhhs.gov/appeals).

También puede entregar su solicitud en persona o enviar su solicitud por fax al 803-255-8206 o escribir a:

Division of Appeals and Hearings  
South Carolina Department of Health and Human Services  
P.O. Box 8206  
Columbia, SC 29202-8206

Si se otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará por correo un aviso con la fecha, hora y lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra acción. El oficial de la audiencia también escuchará su explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia formulará preguntas para obtener información suficiente para decidir si su caso se trató correctamente.

- La *División de Apelaciones y Audiencias* debe comunicarle una decisión sobre la audiencia en el plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en la que presentó una apelación al plan.
- Si califica para una revisión rápida, la División de Apelaciones y Audiencias le comunicará una decisión de la audiencia en el plazo de 3 días hábiles.
  - Sin embargo, si la División de Apelaciones y Audiencias necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales.
  - Si la División de Apelaciones y Audiencias necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta.

### **Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación de Nivel 2?**

Una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario de haber recibido su apelación para 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 el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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 Healthy Connections Medicaid?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid, le enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede presentar una apelación de Nivel 2 ante *la División de Apelaciones y Audiencias* para solicitar una revisión de la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio que había sido autorizado previamente, *usted puede* solicitar que continúen sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2, en algunos casos.

- Si el problema es acerca de un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante la Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede solicitar que sus beneficios por dicho servicio continúen durante la Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. Para mantener sus beneficios, debe realizar la solicitud en la siguiente fecha, o en una fecha anterior:
  - dentro de los 10 días calendario de la decisión de la Apelación de Nivel 1 del plan; o
  - La fecha de vigencia prevista de la acción.
- Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio en disputa mientras se tramita la apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le brindaron mientras la apelación estaba pendiente.

### ¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la División de Apelaciones y Audiencias, esta le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la División de Apelaciones y Audiencias responde **afirmativamente** a parte o todo de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias responde **negativamente** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE responde **afirmativamente** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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 están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

### ¿Qué sucede si apelé tanto a la Entidad de Revisión Independiente como la División de Apelaciones y Audiencias y tienen decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones y Audiencias responden **afirmativamente** a todo o parte de lo que solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado más cercano a lo que pidió en su apelación.

### Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de nivel 2 se envió a *la División de Apelaciones y Audiencias*, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede presentar una apelación ante el Tribunal de derecho administrativo. Debe presentar esta apelación en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en la que se le notificó la decisión. La apelación tiene un cargo.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I si desea obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

## E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

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 tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 60 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** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, 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” o “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 nuestra respuesta es **negativa** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4).

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Healthy Connections 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 **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**.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

## ¿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*.
  - 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).
- 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).

**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:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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>¿En qué situación se encuentra?</b>			
<p>¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?</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>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> 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><b>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</b> Pase a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?</p> <p><b>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la <b>Sección F4</b>.</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?</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”.

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*.
  - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
  - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
    - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A veces, esto se denomina “autorización previa” [prior authorization, PA]).
    - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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.

#### 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
- 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**”.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. *Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 con Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

#### 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 de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! 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 apelación.
- **Si la respuesta es afirmativa** 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 la respuesta es negativa** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **negativa**.

**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 apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 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 de la 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. Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso llamando a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- 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.

**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”.

### 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.

### 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” o “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 cuándo 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, para obtener llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. El “Mensaje importante” le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde 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 revisar una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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 consultarlo en línea ingresando a [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

## G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha planificada de alta es médicamente adecuada para usted.

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Acentra. Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta del hospital, llame a Acentra al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

### ¡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.

#### 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 1-888-317-0751 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. O también puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Programa del Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### ¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

#### 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 número que figura al final de la página. 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 consultar 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 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 de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Acentra. Puede comunicarse con Acentra al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

- 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 calendario de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-317-0751 y solicite otra revisión.

### ¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesaria.
- 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 del Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

#### G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones Alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

##### Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (que es dentro de los 60 días o antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, significa que su fecha de alta médica programada nos parece adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
  - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

##### Guía rápida: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. Solicite una “revisión rápida” de la fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

**El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.**

##### Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 170, se explica cómo presentar una queja.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de la IRE es **afirmativa** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada por razones médicas.
- El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es tratado por un juez. Consulte la Sección I en la página 169 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3.

### Guía rápida: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

## H. Qué hacer si cree que 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 que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
  - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare.” 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

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 al Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Acentra. Puede comunicarse con Acentra al 1-888-317-0751 (TTY: 711). 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.

### ¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### ¿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.

### 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 1-888-317-0751 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 el aviso escrito es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Si desea obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar 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.

### ¿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

Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación es **negativa** y usted decide continuar recibiendo atención tras la finalización de la cobertura de dicha atención, 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Acentra. Puede comunicarse con Acentra al 1-888-317-0751 (TTY: 711). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

- 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 calendario 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 Calidad en su estado al 1-888-317-0751 y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

---

**¿Qué sucede si la organización de revisión contesta de manera afirmativa?**

- 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 de revisión contesta negativamente?**

- 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 tratado por un juez.

**H4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1**

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones Alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

### Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Verificaremos si la decisión de cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si respondemos de manera afirmativa** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si respondemos de manera negativa** a su revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.
  - Si continúa recibiendo los servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

#### Guía rápida: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. Solicite una “revisión rápida”. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

### Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 170, se explica cómo presentar una queja.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE responde afirmativamente** a su apelación, entonces le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También tendremos que continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE responde negativamente** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de servicios es médicamente adecuado.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es tratado por un juez.

---

**Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención médica**

---

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

---



---

## I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

### I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si 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 contactar al Mediador de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de Nivel 2, comuníquese con el Defensor de Healthy

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor explicará sus opciones y actuará siempre en su mejor interés.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Tribunal de Derecho Administrativo (Administrative Law Court, ALC). Si desea una audiencia del ALC, comience por completar el formulario “Solicitud de Audiencia de Caso Impugnado” disponible en [www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf). Debe presentar este formulario en un plazo de 30 días calendario de la fecha en la que se le notificó la decisión de Nivel 2. La apelación tiene un cargo de \$25. Si no puede pagar el cargo, puede presentar una “Solicitud de exención de cargo de presentación”. Puede encontrar este formulario en [www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf).

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada en la audiencia, será responsable del costo de realizar una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$16 por cada hora que el transcriptor dedica a mecanografiar la transcripción.

Las reglas para apelar al ALC se encuentran en [www.scalc.net/rules.aspx](http://www.scalc.net/rules.aspx). Si no sigue las reglas, puede no aceptarse su apelación.

## 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 al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

#### Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

#### Quejas acerca de la privacidad

- Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### 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.

#### 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 médicos, farmacéuticos, 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

- 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.

**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. Para obtener más información sobre quejas internas, lea la próxima sección. Para obtener más información sobre quejas externas, lea la Sección J3.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. TTY users should call 711.

#### J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 son reclamos que 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. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el afiliado solicite una respuesta por escrito o las preguntas sobre la calidad del cuidado en la querrela. Molina Dual Options realizará la investigación tan rápidamente como lo requiera el caso, según el estado de salud del miembro, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud, o dentro de las 24 horas para reclamos acelerados. Los reclamos presentados por escrito deben responderse por escrito. Los reclamos pueden presentarse por vía oral llamándonos al (855) 735-5831, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o escribiendo por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

**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 de tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más para responder 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 explicaremos 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.

#### **Puede informar su queja al Mediador de Healthy Connections Prime**

Puede llamar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para informar su queja. No están relacionados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. Para obtener más información, puede visitar [www.healthyconnectionsprimeadvocate.com](http://www.healthyconnectionsprimeadvocate.com).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 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 llamar a la Oficina de Derechos Civiles al:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70  
61 Forsyth Street, S.W.  
Atlanta, GA 30303-8909  
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697  
Fax: (202) 619-3818

También puede tener derechos de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la ley estatal. Puede contactar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para pedir ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**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:

- 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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Acentra. El número de teléfono para Acentra es 1-888-317-0751 (TTY: 711).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

---

### 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 Healthy Connections Medicaid, 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 .....	175
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan .....	175
C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente .....	175
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado .....	176
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare .....	176
D2. Cómo obtener sus servicios Healthy Connections Medicaid .....	177
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya finalizado .....	177
F. Otras situaciones cuando finaliza su membresía .....	178
G. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud .....	178
H. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	178
I. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan .....	179

---

## 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.

Su membresía finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de octubre, la cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de octubre. La cobertura nueva comienza el primer día del mes siguiente (1 de noviembre en este ejemplo). Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la Sección D1.
- Los servicios de Healthy Connections Medicaid están en la tabla que se encuentra en la Sección D2.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- 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.

**NOTA:** si participa en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Miembro* para obtener información acerca de programas de administración de medicamentos.

---

## B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, informe a Healthy Connections Medicaid o Medicare que quiere dejar Molina Dual Options:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670; **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 Healthy Connections Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro Plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 cobertura con Molina Dual Options terminará en el último día del mes en que recibimos la solicitud.

## D. Cómo obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid después de dejar de participar en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

### D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente finalizará su membresía en nuestro plan.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como, por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (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 (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Personas Mayores (I-CARE).</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 (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Personas Mayores (I-CARE).</li> </ul> <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan de medicamentos con receta de Medicare Original.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 a Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Adultos Mayores (I-CARE) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</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 (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Personas Mayores (I-CARE).</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 Healthy Connections Medicaid

Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de un pago por cada servicio. Esta es la forma en que la mayoría de las personas obtenían sus servicios de Medicaid antes de inscribirse en Molina Dual Options.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención de salud conductual.

Si abandona nuestro plan, puede recurrir a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

## E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya finalizado

Si abandona Molina Dual Options, puede tardar un tiempo en finalizar su membresía y en comenzar su nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante ese período, seguirá recibiendo su atención médica y medicamentos 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.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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. 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 ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Healthy Connections Medicaid. Complete toda la documentación de Healthy Connections Medicaid para conservar su elegibilidad para Medicaid.
- 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 ingresa a una residencia para personas mayores o a un centro de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí por más de seis meses.
- 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.

Podremos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Healthy Connections 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

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. También debe llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

## 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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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 terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 .....	181
B. Aviso de no discriminación .....	181
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario .....	181

---

## 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 Healthy Connections 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 Healthy Connections 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. Además, no lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención médica, orientación sexual ni uso de servicios.

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 de EE. UU. 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.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.

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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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 Servicios para Miembros.

EMENDA

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**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 continuar recibiendo los servicios autorizados previamente mientras esté esperando la decisión acerca de la Apelación de Nivel 1 (y por un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras esté esperando la decisión de la Apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”. Consulte el Capítulo 9 de para obtener más información. Si tiene otras preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

**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.

**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 "Biosimilar intercambiable").

**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 médicos 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. Usted es un miembro importante del equipo de cuidado y puede incluir a otros familiares o amigos.

**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.

**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 atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

**Evaluación integral:** una revisión destinada a considerar en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información suya, de sus proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y Coordinadores de Cuidados.

**Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad,

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

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.

**Organización de Atención Coordinada e Integrada (Coordinated and Integrated Care Organization, CICO):** otro nombre para un Plan Medicare-Medicaid.

**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 que cubre 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.

**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 (DME):** Algunos artículos que su médico 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.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una extremidad o de una función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica.

**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.

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

**Audiencia imparcial:** Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**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.

**Queja formal:** 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.

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios 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.

**Healthy Connections Medicaid:** programa Medicaid de South Carolina. Para obtener más información, consulte la definición de “Medicaid” a continuación.

**Healthy Connections Prime:** un programa modelo conjuntamente operado por South Carolina y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid.

**Asistente de atención médica domiciliaria:** 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 asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

**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 un centro de 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.

**Facturación inapropiada:** una situación en la que un proveedor 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.

**Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE):** una organización que es contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) para llevar a cabo una revisión de una apelación de Nivel 2 para un servicio o un artículo que está cubierto solo por Medicare o tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid. Si Molina Dual Options deniega la aprobación para un servicio o un artículo durante una apelación de Nivel 1 del miembro, la apelación denegada se envía a la IRE para llevar a cabo una revisión de Nivel 2. La IRE no está conectada con Molina Dual Options y no es un organismo gubernamental. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

**Examen de detección de salud inicial:** 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.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**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.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de Medicamentos* a veces se llama “formulario”.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar para personas mayores o un hospital.

**Subsidio por Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS):** consulte “Ayuda Extra (Extra Help)”.

**Medicaid (o Medical Assistance):** Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

- 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 se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

#### **Medicamento necesario:**

- servicios que son razonables y necesarios:
  - para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
  - para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado; **o**
  - de otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.
  - Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores.
- De acuerdo con la ley y la regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si tienen las siguientes características:
  - ser esenciales para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar afecciones médicas, y evitar el empeoramiento de estas, que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originan una enfermedad o dolencia; **y**
  - prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; **y**
  - prestarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de práctica médica.

**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”).

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

**Plan Medicare Advantage:** un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “planes MA” que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y 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 Healthy Connections 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 Healthy Connections 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. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona que tiene Medicare y Healthy Connections 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.

**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 y el pie de la página para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para 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 usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

- 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”.

**Casa o centro de enfermería:** Un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Ombudsman (Defensor de Healthy Connections Prime):** 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. El Defensor de Healthy Connections Prime es el Ombudsman para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede encontrar más información acerca del Ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual, incluida información sobre cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime

**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.

**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.

**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.

- 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.

**Medicamentos de venta libre (Over-The-Counter, OTC):** los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta.

**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”.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 de la Parte D:** consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**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 el Aviso de Prácticas 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.

**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.

**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 autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa de nuestro plan se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa 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 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

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).

aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para recurrir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. 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.

**Área de servicio:** un área geográfica en la que el plan de salud acepta miembros. 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 (Skilled Nursing Facility, 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:** se designa al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (South Carolina Department of Health and Human Services, SCDHHS) como la única agencia estatal para la administración del programa Medicaid (llamada "Healthy Connections Medicaid") en South Carolina. El SCDHHS es una agencia a nivel del gabinete del Gobernador del Estado de South Carolina.

**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.

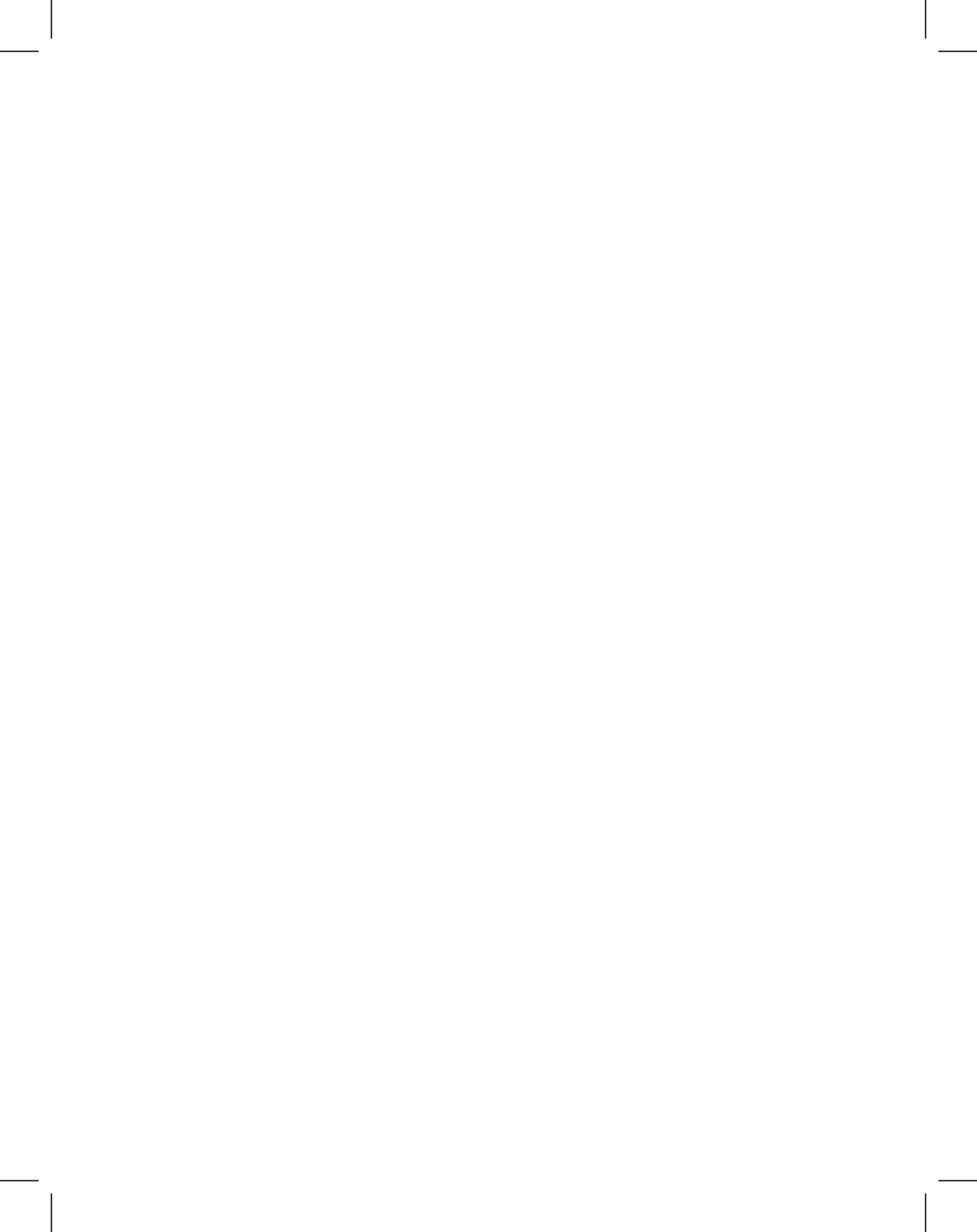
**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Categoría:** una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre).

**Atención médica requerida urgentemente:** Atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red porque, por razones de tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. (Por ejemplo, puede recibir atención médica requerida urgentemente cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica).

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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).





### Servicios para Miembros de Molina Dual Options

Método	Información de contacto
LLAME AL:	(855) 735-5831. Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. 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.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
FAX	Para servicios médicos/Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No de la Parte D): Fax: (843) 740-1749 Para los servicios de recetas médicas de la Parte D: Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA A	Para Servicios para Miembros: P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309 Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D): P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309 Para los servicios de recetas médicas de la Parte D: 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>