2026

Evidencia de Cobertura

Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

Washington H5823-010-000

Condados de Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Grays Harbor, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

H5823_26_010_WA_EOC_C
WA-H5823-10-EC-ES-26-S-V2

MOLINA® HEALTHCARE

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para: 2026

Sus beneficios y servicios médicos y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

En este documento, se ofrecen detalles acerca de su cobertura de atención y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP), es ofrecido por Molina Healthcare of Washington, Inc. (cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Washington, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en Ukrainian, Cambodian (Mon-Khmer), Amharic, Cushite: Somali, Arabic, Punjabi, German, and Laotian.

Puede obtener este documento sin costo en otro idioma o en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (800) 665-1029, (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Los beneficios, los deducibles o los copagos o coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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

H5823_26_010_WA_EOC_C

WA-H5823-10-EC-ES-26-S-V2

Evidencia de Cobertura 2026

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 4
SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía 7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 13
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado nuestro registro de membresía al plan 13
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan 14

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 16
SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) 16
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare 19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) 20
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 21
SECCIÓN 5 Seguro Social 22
SECCIÓN 6 Medicaid 22
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 24
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 27
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador 28

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 29
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 29
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 31
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención 35
SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si le facturan directamente el costo total de servicios cubiertos? 37
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 37
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 39
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipo médico duradero 40

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 42
SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 42
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos 45
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) 97
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan 97

Índice

CAPÍTULO 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 100
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de medicamentos de la Parte D 100
SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 101
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan 104
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 106
SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si la cobertura de uno de sus medicamentos no es la que usted espera? 107
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 109
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura 111
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 112
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 113
SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos 114

CAPÍTULO 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D 117
SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D 117
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP) 119
SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 119
SECCIÓN 4 Etapa de deducible 121
SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial 121
SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica 126
SECCIÓN 7 ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D? 127

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 129
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 129
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 131
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 132

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 133
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural 133
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 142

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 144
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud 144
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada 144
SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema 146
SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 147

SECCIÓN 5 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones 147
SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 150
SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 156
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 165
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 169
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 172
SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos 174
SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 177

CAPÍTULO 10: Finalizar la membresía en nuestro plan 178
SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan 178
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 178
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 181
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 182
SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 182

CAPÍTULO 11: Avisos legales 184
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 184
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 184
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 184

CAPÍTULO 12: Definiciones 186

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

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

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

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

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

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid con su distribución de costos de Medicare Part A y B (deducibles, copagos y coseguros), probablemente no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede proveer otros beneficios, ya que cubre servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, es posible que Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) ayudará a gestionar todos estos beneficios, de modo que reciba los servicios médicos y de ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

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

El contrato está en vigor durante los meses en los que está inscrito en Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y Medicaid renueva su aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene Medicare Part A y Medicare Part B.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa del gobierno mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos). Para poder acogerse a nuestro plan debe ser beneficiario de Medicare, así como de la ayuda a las primas de Medicare de Medicaid como Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB), Individuo Trabajador Discapacitado Calificado (QDWI) o Individuo Calificado (QI).

Nota: Si pierde la elegibilidad pero se puede esperar dentro de lo razonable que la recupere en un plazo de 6 meses (180 días), aún es elegible para acceder a la membresía. En el Capítulo 4, Sección 2.1, se le informa sobre la cobertura y la distribución de costos durante un período de elegibilidad que se considera continua.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por costos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Qualifying Individual (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Qualified Disabled and Working Individual (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Planificar el área de servicio para Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Washington: Condados de Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Grays Harbor, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.

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

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

Si se muda a un área fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Periodo especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o su dirección postal cambia, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

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

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará

a Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP) si usted no es elegible para continuar como miembro de nuestro plan sobre esta base. Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP) tendrá que cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) y su tarjeta de Medicaid Washington State Health Care Authority (HCA) cada vez que se presente para su atención. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Muestra de una tarjeta de membresía:

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

En caso de daño, extravío o robo de la tarjeta de membresía de nuestro plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de la red, farmacias de la red y los proveedores de equipo médico duradero.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias fuera de la red del plan.

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

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

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

Si no tiene un *directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Departamento de Servicios para Miembros (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores y farmacias solicitados en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (también llamada lista de medicamentos o *formulario*). Enumera los medicamentos recetados que están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la lista de medicamentos de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP).

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

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros (800) 665-1029 (los usuarios de deben llamar al TTY 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Para más información, visite la Sección 4.1.	**$0**
Deducible	**$283**

	Sus costos en 2026
	Si usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.
Monto máximo de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 1).	**$9,250** **Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Consultas al médico de atención primaria	**$0 de copago por consulta** **Si usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.**
Consultas médicas a especialistas	**$0 de copago por consulta** **Si usted es elegible para la asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted pagará $0.**
Hospitalizaciones	**$0 de copago por estadía cubierta por Medicare**
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Sección 4).	**$350** **Si usted recibe Ayuda Extra (Extra Help), este deducible no se aplica en su caso. El Capítulo 6 contiene detalles adicionales sobre la cobertura y las limitaciones.**

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura catastrófica).	**Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Categoría de medicamento 1: $0 de copago** **Categoría de medicamento 2: $0, $1.60, o $2 de copago para todos los medicamentos por receta.** **Categoría de medicamento 3: $0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.** **Categoría de medicamento 4: $0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.** **Categoría de medicamento 5: $0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.** **Categoría de medicamento 6: $0 de copago** **Etapa de cobertura catastrófica:** **durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima de Medicare Part B (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos (Sección 4.4).
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP).

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **puede que la información sobre las primas detallada en esta *Evidencia de Cobertura* no corresponda a su caso.** Le hemos enviado un documento por separado, titulado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados (también conocida como Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos [LIS] o Cláusula LIS), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este

anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

Sección 4.2 Prima de Medicare Part B

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad de Medicaid y también tener Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care Select, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar como miembro de nuestro plan. Esto incluye una prima para la Parte B. Además, es posible que también pague una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A gratuita.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

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

Usted **no debe** pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D si:

- Obtiene Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
  - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son coberturas de medicamentos recetados acreditables.

Medicare determina la suma de la multa por inscripción tardía en la Parte D. A continuación explicamos cómo funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad total de meses que usted tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad total de meses que usted no tuvo cobertura válida de medicamentos si el período de interrupción de la cobertura fue igual o superior a 63 días. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional de beneficiario). Para el 2026, esta suma promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional de beneficiario, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de $38.99, lo que equivale a $5.46. Esta suma se redondea a $5.50. Esta suma se agregaría **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar todos los años** debido a que la prima base nacional de beneficiario puede variar todos los años.
- **Usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos* de 65 años y actualmente está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su periodo de inscripción inicial para adultos en Medicare.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el monto de ajuste mensual conforme a los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si esta suma supera una determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la suma adicional que es posible que deba pagar de acuerdo a sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar un**

IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga un IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si usted no está de acuerdo con el pago del IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo se hace, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el transcurso del año, es elegible para Ayuda Extra (Extra Help) o deja de serlo:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para obtener la Ayuda Extra (Extra Help) durante el año, usted podría dejar de pagarla.
- Si pierde la Ayuda Extra (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Obtenga más información sobre la Ayuda Extra (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado nuestro registro de membresía al plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización al trabajador o Medicaid).
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si lo internaron en una residencia para personas mayores.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los miembros pueden crear una cuenta de My Molina en línea para cambiar de médico, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite www.mymolina.com para crear o acceder a su cuenta de My de Molina.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Medicare nos solicita que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura médica o de medicamentos adicional de las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD):

  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, el plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

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

Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto	
Llame al	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica – Información de contacto	
Llame al	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	Advanced Imaging: (877) 731-7218; Transplants (877) 813-1206; Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

Decisiones de cobertura y apelaciones referentes a medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame al	Teléfono: (800) 665-3086. Horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711
Fax	(866) 290-1309
Escriba a	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

Quejas por atención médica - Información de contacto	
Llame al	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m., hora local

Quejas por atención médica - Información de contacto	
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	(562) 499-0610
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto	
Llame al	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	(310) 507-6186

Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto	
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

Solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	Teléfono: (800) 665-3086. Horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711
Fax	(866) 290-1309
Escriba a	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan

	Información de contacto de Medicare
Llame al	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

	Información de contacto de Medicare
Chat en vivo	Converse en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Página web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios de prevención (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones, y "Consulta de bienestar anual"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono útiles. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP): **Para enviar una queja a Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

Washington's Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) con fondos del gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Washington's Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) lo podrán ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de Washington's Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) también lo podrán ayudar si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare y lo podrán ayudar a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare, y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

Información de contacto de Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) (SHIP de Washington)	
Llame al	(800) 562-6900, De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	(360) 586-0241 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA): Office of Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
Página web	https://www.insurance.wa.gov/insurance-resources/medicare/get-free-medicare-help-shiba

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) designada proporciona servicios a las personas con Medicare en cada estado. Para Washington, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido. Ejemplos de problemas con la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si considera que el período de cobertura por su hospitalización finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el periodo de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizará demasiado pronto.

Acentra Health (Organización de Mejora de Calidad de Washington) – Información de contacto	
Llame al	(888) 305-6759 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora local; fines de semana y días festivos: de 10 a.m. a 4 p.m., hora local Servicio de buzón de voz las 24 horas.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Acentra Health (Organización de Mejora de Calidad de Washington) – Información de contacto	
Escriba a	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Página web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Seguro Social – Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
Página web	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

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

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Part B.
- **Qualifying Individual (QI):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Part B.
- **Qualified Disabled and Working Individual (QDWI):** elegible para el pago de Medicaid de su prima de Medicare Part A, solamente.

Los miembros de este plan están inscritos en Medicare y también en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Washington State Health Care Authority (HCA).

Información de contacto de Washington State Health Care Authority (HCA), (Programa de Medicaid de Washington)	
Llame al	(800) 562-3022 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico (PT) (excepto los feriados estatales)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Washington State Health Care Authority P.O. Box 45505 Olympia, WA 98504-5502
Página web	http://www.hca.wa.gov/

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

Información de contacto de Washington State Office of the Insurance Commissioner:	
Llame al	(800) 562-6900 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	(360) 586-0241 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Washington State Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256
Página web	http://www.insurance.wa.gov

El Washington State Long Term Care Ombudsman ayuda a las personas a obtener información acerca de los hogares para personas mayores y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familias.

Información de contacto de Washington State Long Term Care Ombudsman:	
Llame al	(800) 562-6028 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., hora local

Información de contacto de Washington State Long Term Care Ombudsman:	
TTY	(800) 737-7931 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Note zipcode change Washington State Long Term Care Ombudsman 1200 South 336th Street or P.O. Box 23699 Federal Way, WA 98003
Página web	http://www.waombudsman.org/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están obteniendo Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados.

Medicare brinda Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Aquellos que califican obtienen ayuda para pagar por cualquier prima mensual del plan de medicamentos recetados de Medicare, deducible anual y los copagos de las recetas. Esta Ayuda Extra (Extra Help) cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para Ayuda Extra (Extra Help) y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para Ayuda Extra (Extra Help).

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Extra (Extra Help), llame al:

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

Si considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que lo ayuda a obtener evidencia del monto de copago correspondiente. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- La Mejor Evidencia Disponible (Best Available Evidence, BAE) ubicada en la web en http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los

que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el Capítulo 2. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas. Las formas de evidencia admisibles son las siguientes:
  - Carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA).
  - Aviso de aprobación.
  - Ingreso de seguridad suplementario.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el monto de copago correcto cuando obtenga su próxima receta médica. Si paga un copago mayor, se lo devolveremos, ya sea con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró un copago y adeuda ese monto, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si usted tiene Ayuda Extra (Extra Help) y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

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

¿Qué ocurre si usted tiene Ayuda Extra (Extra Help) y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el formulario del ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de recetas médicas a través de EIP Early Intervention Program. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a EIP Early Intervention Program, línea gratuita en el estado de WA: (877) 376-9316; Oficina: (360) 236-3426; TTY: 711.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En Washington, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Washington State Health Insurance Pool.

	Washington State Health Insurance Pool (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del estado de Washington) – Información de contacto
Llame al	(888) 277-9135

	Washington State Health Insurance Pool (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del estado de Washington) – Información de contacto
	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico
Escriba a	Send Claims for Medicare Plans, Appeals and All Other Correspondence to: 90 Degree Benefits – WSHIP P.O. Box 21548, Eagan, MN 55121 Send Premium Payments to: WSHIP P.O. Box 111057, Tacoma, WA 98411-1057 Send Claims for Non-Medicare Plans (PPO Plans) to: First Choice Health Network P.O. Box 2289 Seattle, WA 98111-2289 Send Applications & Eligibility Verification Forms to: 90 Degree Benefits – WSHIP P.O. Box 780548 San Antonio, TX 78278
Página web	https://wship.org/contact-us/

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos recetados. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY debe llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

	Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)
Llame al	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711

	Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Página web	MolinaHealthcare.com/Medicare

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

	Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas
Página web	https://rrb.gov/

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción (o los de su cónyuge o pareja doméstica) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica y otros servicios cubiertos.

Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios médicos y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica bajo contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma de la distribución de costos como pago total. Estos proveedores acordaron prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica y otros servicios

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

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

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 1.2).
- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe emitir una aprobación previa (una remisión) antes de que usted pueda consultar con otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
- No necesita derivaciones de su PCP para recibir cuidado médico de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Para obtener información sobre otros tipos de cuidado médico que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica de los proveedores de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios que recibe. *Estas son tres excepciones:*
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3.
  - Si necesita atención médica que Medicare exigen que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para acceder información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional. La distribución de costos que paga por diálisis en nuestro plan nunca puede exceder la distribución de costos en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisional y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención

Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP

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

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

Cómo elegir un 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 el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista o un hospital determinado, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica a su oficina. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su expediente médico y estará al corriente de cualquier condición médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP es responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con el que debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número de teléfono de la oficina de su PCP impreso en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

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

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

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

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

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

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

El personal de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) trabajará con el proveedor médico no contratado para llevarle a la red de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) como un proveedor contratado o trabajará con usted y el proveedor para transferir su atención a un profesional dentro de la red durante el período de continuidad de la atención de 90 días. La continuidad de la atención se brindará dentro de los límites de sus beneficios.

Excepciones a la política:

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

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede obtener sin una remisión de PCP

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

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas rutinarias a un proveedor médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicios de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

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

Si necesita atención después del horario de atención normal, llame a su PCP. Esta información se encuentra en su tarjeta de identificación (ID) de membresía de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Si cree que se trata de una emergencia, solicite atención médica de inmediato. Para obtener más información,

consulte la Sección 3 en la página siguiente (Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de emergencia).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene determinados derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor deje 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 3 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 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con distribución de costos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor aprobado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la Organización de mejoramiento de calidad (QIO), un reclamo por la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

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

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica

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

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al 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 acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si

recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que no fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas 2 maneras:

- acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional;
- la atención adicional que obtenga se considera "servicios requeridos urgentemente", y sigue las normas para obtener esta atención de emergencia.

Sección 3.2 Obtener atención en casos de servicios requeridos urgentemente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las consultas rutinarias a un proveedor médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicios de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener atención médica de emergencia usando cualquier centro de atención médica de emergencia disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería al (844) 658-8542 para usuarios de habla inglesa y española. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en cualquier parte fuera de los Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias:

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

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

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

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

Visite: MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a una distribución de costos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si le facturan directamente el costo total de servicios cubiertos?

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si pagó un monto mayor del que corresponde a su distribución de costos del plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos pagar nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo hacerlo.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

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

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de agotar el beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se suelen buscar voluntarios para que participen. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás

servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise, ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

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

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos de Medicare Original y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto de distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

> *Ejemplo de distribución de costos en un ensayo clínico:* supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de $100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Medicare Original, pero la prueba solo sería de $10 si se aplicara según nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría los $20 de copago que se requieren de conformidad con Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviaría la documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10 por la prueba, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Si desea obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite la publicación de Medicare *"Medicare and Clinical Research Studies"* disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1 Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

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

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención 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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
- – *Y* – Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.
- *Y* pueden aplicarse límites de cobertura de Medicare para Pacientes Hospitalizados (consulte el beneficio en el Capítulo 4).

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

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre será propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP), usted no se convertirá en propietario del DME alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No será el propietario, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, debe realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el elemento después de cambiarse a Medicare Original para convertirse en su propietario. Los pagos que haya realizado mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno

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

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

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

¿Qué sucede si usted deja nuestro plan y luego vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

En la Tabla de beneficios médicos se enumeran los servicios cubiertos y se indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Esta sección también incluye información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que podría pagar para servicios cubiertos

Los tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Deducible:** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a abonar la parte que le corresponde.(En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible de nuestro plan). (La Sección 1.3 le brinda más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- **Copago:** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos, encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos, encontrará más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Su deducible es $283. Hasta que haya pagado la suma deducible, usted deberá pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del monto de copago o coseguro por el resto del año calendario.

El deducible no aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios aunque todavía no haya pagado su deducible.

El deducible no aplica a los servicios médicos preventivos de Medicare:

- Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal
- Exámenes y asesoría para el alcoholismo
- Mediciones de masa ósea (densidad ósea)
- Exámenes preventivos de enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta)

- Examen de detección de cáncer vaginal y cervical
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal:
  - Pruebas de ADN en heces de varios objetivos
  - Exámenes preventivos por enemas de bario
  - Exámenes preventivos por colonoscopías
  - Análisis preventivos de sangre oculta en heces
  - Exámenes preventivos por sigmoidoscopías flexibles
- Diagnóstico de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes.
- Pruebas de glaucoma
- Vacunas contra la hepatitis B
- Examen preventivo de infección por el virus de la hepatitis B (Hepatitis B Virus, HBV)
- Prueba de detección de hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón
- Mamografías (examen de detección)
- Servicios de terapia nutricional
- Exámenes y asesoría para la obesidad
- Única consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”
- Vacunas antineumocócicas
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoría
- Vacunas:
  - Vacunas contra el COVID-19.
  - Vacunas contra la gripe
  - Vacunas contra la hepatitis B
  - Vacunas antineumocócicas
- Asesoría para dejar de consumir tabaco
- Consulta de “Bienestar” anual
- Cualquier servicio médico preventivo para el que Medicare aumente la cobertura en 2026

El deducible no aplica a los siguientes servicios:

- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Centro de enfermería especializada (SNF).
- Servicios de emergencia/servicios requeridos urgentemente
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Beneficios adicionales de telesalud
- Suministros y servicios para la diabetes
- Servicios educativos sobre enfermedades renales
- Prueba de detección de glaucoma
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes.

- Exámenes rectales digitales
- Electrocardiogramas (electrocardiogramas, EKG) luego de la consulta de bienvenida
- Servicios dentales cubiertos por Medicare
- Exámenes de la vista
- Anteojos
- Beneficios no cubiertos por Medicare

Sección 1.3 Nuestro plan tiene un deducible para determinados tipos de servicios de proveedores de la red

Además del deducible del plan que se aplica a todos sus servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.

Nuestro plan tiene un deducible para determinados tipos de servicios. Hasta que haya pagado la suma del deducible, deberá pagar el costo total de los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte. La Tabla de beneficios médicos muestra los deducibles de la categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Part B?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la ayuda con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen un límite en la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por Medicare Part A y B. Este límite se denomina la suma máxima de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la suma del MOOP es $9,250.**

Las sumas que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. (Las sumas que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el cálculo de su suma máxima de su bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos.) Si usted alcanza la suma máxima de su bolsillo de $9,250, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de Molina Medicare Complete Care Select, usted cuenta con un factor de protección importante ya que, después de cumplir con los deducibles, solo debe pagar el monto de distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo.** Esta factor de protección tiene validez incluso si nosotros

pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si la suma de la distribución de costos es un copago (una cantidad fija en dólares; por ejemplo, $15.00), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si la distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, los costos dependerán del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para servicios requeridos urgentemente o de emergencia).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para servicios requeridos urgentemente o de emergencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le realizó una facturación de saldo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En la Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no podrá exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una derivación. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte de la distribución de costos por los servicios de Medicare, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes internados y los servicios hospitalarios ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de planificación familiar.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si está en el periodo de 6 meses (180 días) de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no pagaremos las primas de Medicare o la distribución de costos por la cual el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si usted es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Por lo general, la atención médica y los medicamentos recetados están cubiertos por Medicare. La atención a largo plazo, los servicios basados en la comunidad y los medicamentos de venta libre cubiertos que se presentan en el Formulario del Plan generalmente están cubiertos por Medicaid.

Información importante sobre los beneficios para miembros con enfermedades crónicas

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

- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia.
- Diabetes mellitus

- Trastornos pulmonares crónicos
- Enfermedad renal crónica (CKD)
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Cáncer.
- Trastornos autoinmunitarios
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- VIH/SIDA
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos
- Accidente cerebrovascular
- Postrasplante de órgano
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Afecciones asociadas con deterioro cognitivo
- Condiciones con desafíos funcionales
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento
- Trastornos hematológicos graves

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

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

- Para obtener más información, consulte la fila **Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas** en la siguiente Tabla de beneficios médicos.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente los beneficios para los cuales puede ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal	
Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/enfermeros especialistas clínicos (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	No se aplica ningún coseguro o copago a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no son de emergencia, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a un miembro con condiciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga el 20% del costo total por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare. Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. **Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.**
Examen físico anual (suplementario)* El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que solo pueden ser prestados por un médico, enfermera practicante o auxiliar médico. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.
Consulta preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. Una mamografía de detección se utiliza para la detección precoz del cáncer de mama. Una vez que se ha establecido un antecedente de cáncer de mamas, y hasta que no haya más señales o síntomas de cáncer de mamas, las mamografías continuas se consideran diagnóstico y se cubren bajo “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” en esta tabla. El beneficio anual de la mamografía de detección no está disponible para los miembros que tienen signos o síntomas de cáncer de mama.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $30 de copago por una consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y el 20% del costo para una rehabilitación cardíaca intensiva. Su distribución de costos de hospital para pacientes ambulatorios se aplica si estos programas se ofrecen en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios. Consulte “Servicios hospitalarios de atención

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación cardíaca (Continuación)	
	ambulatoria" en la tabla para acceder a más información. Se aplica el máximo del plan: • Hasta 36 sesiones en 36 semanas. • No más de 2 sesiones de una hora por día. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Consulta para la reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga $15 de copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.
Servicios de control y tratamiento del dolor crónico	
Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	La distribución de costos de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes servicios están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopía flexible de detección o colonoscopía de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • 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 una colonografía por tomografía computadas. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de cáncer colorrectal (Continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga por algunos servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. 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 un órgano.	No se aplica coseguro o copago para estos servicios.
Servicios dentales (suplementarios)* Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de $500 por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales y suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios. Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios). • Exámenes bucales ◦ Hasta 2 cada año calendario; D0120, D0140, D0150 o D0180 permitidos una vez por proveedor O ubicación de por vida. • Radiografías dentales ◦ Hasta 4 radiografías de mordida (D0272/D0274, D0273) por año calendario ◦ Hasta 6 periapicales (D0220/D0230) por año calendario	No se aplica coseguro o copago para estos servicios. No todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista pueden estar cubiertos. Solicite al dentista que le indique lo que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su bolsillo. Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los servicios solo están disponibles cuando son proporcionados por dentistas

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (suplementarios)* (Continuación)	
◦ 1 panorámica (D0330) cada 5 años calendario ◦ 1 tomosíntesis intraoral-serie completa (D0372) cada 5 años calendario ◦ D0330 y D0372 permitidos una vez cada 5 años calendario; no se cubre con D0272 o D0274 en el mismo año calendario. • Profilaxis (limpiezas) ◦ Hasta 2 cada año calendario (D1110). • Tratamiento con flúor ◦ Hasta 2 por cada año calendario (D1206, D1208). • Periodoncia (limpieza de sarro profunda) ◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años calendario. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342. • Periodoncia (desbridamiento) ◦ Hasta 1 cada año calendario (D4355) ◦ Hasta 2 cada año calendario (D4910) • Servicios de restauración (rellenos) ◦ Hasta 6 restauraciones cada año calendario de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama (D2140-D2161, D2330-D2335, y D2391-D2394). • Extracciones (simples) ◦ Hasta 8 cada año calendario (D7140) • Extracciones (quirúrgicas) ◦ Hasta 3 cada año calendario (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) • Incisión y drenaje ◦ Hasta 1 por diente de por vida (D7510, D7511, D7520, D7521) • Coronas y reparación de coronas ◦ Hasta 2 cada año calendario; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) • Endodoncias/Tratamientos de conducto ◦ Hasta 1 por diente, cada año calendario (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) • Dentaduras postizas ◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa, inmediata o parcial) cada 3 años calendario; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228)	contratados dentro de la red. Si recibe atención de un proveedor dental fuera de la red, debe pagar su propia atención. Para encontrar un proveedor dental dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente: **1.** llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o **2.** buscar en Internet usando nuestra herramienta de búsqueda de proveedores dentales suplementarios en línea en MolinaHealthcare.com/Medicare. **Se requiere autorización previa para el cuidado dental integral.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (suplementarios)* (Continuación) • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas ◦ Hasta 4 cada año calendario (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) • Tratamiento paliativo de emergencia ◦ Hasta 4 cada año calendario (D9110) • Anestesia (sedación profunda e intravenosa) ◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9224, D9225, D9239, D9243) Estos códigos pueden ser actualizados por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental de ADA, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que requiera el plan. Los servicios cosméticos no están cubiertos por el plan.	
Examen de detección de la depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede optar a un máximo de 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Ciertos suministros para diabéticos, incluidos los productos para análisis de glucosa en sangre, se limitan a marcas y fabricantes específicos. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas de Trividia Health (TrueMetrix). Puede encontrar una lista actualizada de estos insumos para diabéticos en nuestro sitio web en. Consulte nuestro formulario del plan para obtener más información o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional. • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa a fin de evaluar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Monitores de glucosa (azúcar) en sangre. - Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa. - Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. ◦ Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre. - Las tiras de prueba de glucosa en la sangre de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden estar limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. ◦ Soluciones para control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Los servicios diabéticos cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: ◦ Examen de la vista y pruebas de glaucoma anuales. ◦ Exámenes de los pies.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. La distribución de costos se puede aplicar a una bomba de insulina según su beneficio de equipo médico duradero. Consulte “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” en esta tabla. Consulte “Cuidado para la visión” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (Continuación)	
◦ Servicios de tratamiento nutricional médico (Medical Nutrition Therapy, MNT).	**Es posible que se requiera autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.	Usted paga el 20% del costo por los artículos de DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare cada mes o cada periodo de facturación, según su proveedor. Su distribución de costos puede ser menor si va a un proveedor preferido. Su distribución de costos por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% del costo por cada mes o cada periodo de facturación, según su proveedor. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. **Es posible que se requiera autorización previa.** **No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.**
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	Usted paga $100 de copago por cada consulta en sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted no paga esta cantidad si es admitido al hospital dentro

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (Continuación)	
Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo) o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que para dichos servicios cuando los recibe dentro de la red. La atención de emergencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) puede estar cubierta conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia. Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención de urgencia, atención de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de atención de emergencia” en esta tabla para obtener más información.	de las siguientes 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O debe recibir su atención durante hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)*	
Usted recibe una membresía en los gimnasios participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un equipo para ejercitar en casa. El equipo le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Las opciones de ejercicio en casa incluyen la elección de un rastreador de ejercicio, equipos de fuerza o yoga. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los equipos están sujetos a cambios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.
Programas educativos sobre salud y bienestar*	
Programas de control de la salud Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una afección médica diagnosticada. Los programas incluyen: • Control del asma. • Control de la depresión.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Servicio cubierto	Lo que paga usted

Programas educativos sobre salud y bienestar* (Continuación)

- Control de la diabetes.
- Control de la presión arterial alta.
- Control de enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD).
- Control de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD).
- Programa para embarazadas.

Hay materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado disponibles. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor.

Inscripción en Programas de control de la salud:

- Se le inscribe automáticamente en los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia.
- También se puede inscribir a través de su proveedor o autorreferirse.

Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse.

Cancelación de la inscripción a Programas de control de la salud:

- Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento.

Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Control de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico).

Programas de promoción de la salud

Otros programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida también están disponibles, tales como:

- Un programa para dejar de fumar.
- Un programa para el control de peso.

Para obtener información y/o materiales para dejar de fumar o controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico).

Asesoría nutricional/alimentaria

Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar* (Continuación)	
Línea de consejos de enfermería Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una condición médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería es: (844) 658-8542, TTY: 711 Una enfermera registrada le ayudará a determinar si usted puede gestionar su atención médica en su hogar o si necesita de la atención de un profesional médico. Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas. • No es necesario contar con una derivación o autorización previa. Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	
Servicios de audición Los exámenes auditivos y de equilibrio de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado. Los exámenes de diagnóstico auditivo y equilibrio cubiertos por Medicare se realizan para determinar si necesita o no tratamiento médico. El examen se basa solamente en una necesidad médica, como una pérdida auditiva debido a un malestar, una enfermedad, lesión o cirugía.	Usted paga $30 de copago por cada servicio de audición cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de audición (suplementarios)*	
Además de los servicios de audición cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario. Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono. Para encontrar un proveedor de la audición dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente: **1.** llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o **2.** buscar en línea usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores de la audición suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare. El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario. Si le dicen que necesita audífonos, puede recibir hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años calendario para ambos oídos combinados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Examen de detección de VIH	
Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios médicos y deberá ordenar tales servicios médicos a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” en esta tabla para conocer la distribución de costos relacionada con el equipo médico necesario y los suministros cubiertos por Medicare Original. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • El entrenamiento y la capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	Paga de $0 a 20% del costo por la terapia de infusiones en el hogar cubierta por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene un pronóstico terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, es Medicare Original y no Molina Medicare Complete Care Select (HMO

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados paliativos (Continuación) a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos, o sobre los cuales tenemos una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando se le admite en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si opta por permanecer en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del mismo. **Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidado paliativo, y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará la distribución de costos de Medicare Original. **Para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Part A o B, y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan y cumpla normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, solamente paga el monto de distribución de costos de nuestro plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la distribución de costos conforme a Medicare Original. **Para servicios cubiertos por Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP), pero no por Medicare Part A o B:** Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no lo estén por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma de la distribución de costos de nuestro plan por estos servicios.	D-SNP) quien efectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados paliativos (Continuación) **<u>Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:</u>** Si estos medicamentos no están relacionados con su afección hospitalaria terminal, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su afección hospitalaria terminal, usted paga la distribución de costos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** si necesita cuidados no paliativos (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Part B incluyen: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos como parte de nuestros beneficios de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos y medicinas. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias.	Cada periodo de beneficios usted pagará: • $325 durante los días 1 - 6 • $0 durante los días 7 - 90 y por cada día de reserva de por vida que usted elige usar posterior a los 90 días. • Todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida de Medicare (hasta 60 días durante su vida). Se aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados (Continuación) • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a un lugar local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) reembolsará los gastos de alojamiento y comidas mientras se encuentre en un lugar alejado para recibir atención médica relacionada con el trasplante, con un máximo de hasta $150 por día. Además, se puede pedir reembolso de millaje por el monto equivalente a las tarifas estándar de millaje para contribuyentes según lo descrito por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) ajustado y publicado mediante aviso. El monto máximo a pagar por todo el viaje, alojamiento, comidas y reembolso de millaje es cinco mil dólares ($5,000) por trasplante según las pautas del plan. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios del médico **Nota:** para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios* de Medicare Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener. Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y distribución de costos se basa en el año en el que fue internado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red. Es posible que se requiera autorización previa. Se aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados (Continuación)	
	beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener. Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y distribución de costos se basa en el año en el que fue internado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización en hospital. • Usted puede obtener estos servicios ya sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que solo atiende a personas con problemas de salud mental. • Si usted está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), Medicare solo paga hasta 190 días de servicios hospitalarios psiquiátricos durante su vida. • Si usted utilizó parte de su límite de por vida de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, entonces el número de días de hospital de por vida cubiertos se reduce por la cantidad de días de hospitalización para tratamiento de atención de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Usted paga la suma de distribución de costos de 2026 de Medicare Original por periodo de beneficios, que determinará Medicare en el otoño de 2025. La distribución de costos de 2025 es: • $1,736 de deducible por hospitalización • $0 durante los días 1-60 • $434 por día durante los días 61-90 • $868 por día por los días 91 en adelante por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida)*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (Continuación) • No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios periodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días. Medicare no cubre: • Servicios privados de enfermería. • Un teléfono o televisor en su habitación. • Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria).	• Todos los costos más allá de sus días de reserva de por vida de Medicare. Se aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener. Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y distribución de costos se basa en el año en el que fue internado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalizaciones: servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. En algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Consulte el beneficio en esta tabla para entender su parte de la distribución de costos por: • “Servicios de médicos/ proveedores médicos, incluidas visitas a la oficina del médico”. • “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias”. • “Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados”. • “Servicios de rehabilitación ambulatoria” **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficio de comidas (Suplementario)*	
Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (SNF), o por una condición médica o posible condición médica que requiera que permanezca en su hogar durante un tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas y hasta 56 comidas cada año calendario. Su administrador de casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.	Usted paga $0 por este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Terapia de nutrición médica	
Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)	
Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles de todos los planes médicos de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de Medicare Part B **Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:** • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite escaneos y exámenes adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los escaneos y exámenes que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó 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. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento.	Usted paga de del 0% al 20% del costo para cada medicamento recetado de Medicare Part B. Su distribución de costos de insulina no excederá los $35 por un suministro de un mes de cualquier insulina de nuestro formulario. Usted puede pagar una distribución de costos por la administración de ese medicamento dependiendo de dónde reciba los servicios de administración de medicamentos o de infusión. **Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.** **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted

Medicamentos de Medicare Part B (Continuación)

- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Ciertos 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 del medicamento inyectable (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.
- 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.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B
- Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®.
- Determinados fármacos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con algunas otras afecciones (como Retacrit®, Aranesp®).
- Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

También cubrimos otras vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de Medicare Part B (Continuación) En algunos casos, requerimos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la afección, pero el medicamento A cuesta menos, es posible que deba probar primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B. Para obtener más información sobre cómo determinamos si la terapia escalonada es necesaria, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.	
Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice)* Usted recibe $39 de asignación combinada mensual en una tarjeta de débito prefinanciada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como: • Artículos de venta libre • Transporte que no sea de emergencia Tiene $25 de asignación mensual por separado para alimentos y productos agrícolas*. *Se aplican requisitos de elegibilidad. La tarjeta de débito precargada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los fondos se cargan a la tarjeta cada mes. Al final de cada mes, cualquier fondo asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de la fecha de cancelación de su inscripción. Las asignaciones para la tarjeta solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Si desea más información sobre cómo acceder a los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Para acceder a las asignaciones de los SSBCI, los miembros deben tener una enfermedad crónica que cumpla los requisitos y contar con la aprobación de su médico, en conjunto con la administración de casos de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en esta tabla para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible a su tarjeta MyChoice.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Naturopatía (suplementaria)*	
Cubrimos hasta 12 consultas médicamente necesarias por año calendario. La medicina naturopática es una profesión de atención médica distinta que enfatiza la prevención, el tratamiento y la salud óptima centrándose en la capacidad del cuerpo para sanarse a sí mismo. La naturopatía incluye métodos modernos y tradicionales. Este beneficio no cubre ninguno de los siguientes: equipo médico duradero (DME), hierbas, remedios homeopáticos, medicamentos y suplementos nutricionales, vitaminas o inyecciones de vitaminas. Los servicios naturopáticos incluyen exámenes físicos y consultas, así como modalidades y procedimientos complementarios, como tratamientos manuales, ejercicios de rehabilitación, ultrasonido, estimulación eléctrica muscular y otros tratamientos.	Usted paga $0 por estos servicios.
Asesoramiento nutricional (suplementario)*	
Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un "Formulario para remisión de educación para la salud" de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarlo. • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Usted también puede obtener hasta 12 sesiones individuales presenciales o grupales cada año calendario. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	Usted paga $0 por estos servicios.
Examen preventivo de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso prolongada	
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Servicios de programas para tratamiento de opioides	
Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de programas para tratamiento de opioides (Continuación)	
• Tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. • Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Pruebas periódicas	con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare. **No se requiere autorización previa para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero esta puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento con opioides.**
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones Nota: no hay un cobro separado por los suministros médicos que se usan rutinariamente en el curso de una visita a la oficina y que están incluidos en los cobros del proveedor por esa visita (tales como vendas, bastoncillos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran por separado (por ejemplo, los agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a una distribución de costos tal como se muestra. • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar un problema médico.	Usted paga $0 por los servicios de radiografías ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga entre 0% y 20% del costo por procedimientos/ pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. $0 por servicios realizados en la oficina del médico o en centros independientes. 20% del costo por servicios realizados en un centro. Usted paga entre 0% y 20% del costo por servicios radiológicos de diagnóstico para pacientes ambulatorios. $0 por servicios realizados en la oficina del médico o en un centro independiente. 20% del costo por servicios realizados en un centro. Usted paga entre $0 y 20% del costo por servicios radiológicos terapéuticos para pacientes ambulatorios. $0 por servicios realizados en la oficina del

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias (Continuación)	
• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias: servicios de diagnóstico no radiológicos como electrocardiogramas (EKG), electroencefalogramas (EEG), pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en la cinta motorizada. • Servicios radiológicos diagnósticos (tanto complejos como no complejos) tales como exámenes especializados, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, estudios nucleares, ultrasonidos, mamografías diagnósticas y procedimientos radiológicos intervencionistas (mielografía, cistograma, angiograma y estudios de bario).	médico o en centros independientes. 20% del costo por servicios realizados en un centro. **Es posible que se requiera autorización previa.** **No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.**
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de distribución de costos por servicios hospitalarios de atención ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios* de Medicare Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	Usted paga $325 de copago por estadía por cada servicio hospitalario de observación para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de distribución de costos por servicios hospitalarios de atención ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga 20% del costo por cada cirugía ambulatoria cubierta, incluidos, entre otros, los cargos de hospitales u otros centros y los cargos médicos o quirúrgicos. Los servicios hospitalarios ambulatorios están cubiertos bajo otros beneficios en esta tabla. Consulte estos y otros beneficios cuando se ofrece atención en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios: • "Atención de emergencia". • "Cobertura internacional de emergencia/urgencia". • "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias". • "Cirugías ambulatorias provistas en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios". • "Hospitalización parcial". **Es posible que se requiera autorización previa.** **No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (Nurse Practitioners, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes aplicables del estado. Su cobertura de atención de salud mental ambulatoria de Medicare incluye: • Un examen de detección de depresión cada año calendario. El examen de detección debe realizarse en la oficina del médico de atención primaria o una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamientos de seguimiento y remisiones. • Psicoterapia individual y grupal con médicos o ciertos profesionales licenciados permitidos por el estado donde usted recibe los servicios. • Asesoría familiar, si el propósito principal es ayudarle con su tratamiento. • Pruebas para ayudar a determinar si usted está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando. • Evaluación psiquiátrica. • Administración de medicamentos.	Usted pagará $45 cada vez que necesite atención de salud mental y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios proporcionados por personal no médico, lo que incluye el control de la terapia con medicamentos y las visitas de terapia individual o grupal. Consulte “Examen de detección de depresión” en esta tabla para su examen de detección anual de depresión. Consulte “Hospitalización parcial” en esta tabla si necesita este tratamiento de atención de salud mental ambulatoria cubierto por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Usted paga 0% de copago en centros independientes o el 20% del costo en el hospital por cada sesión médicamente necesaria de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) o terapia del habla/lenguaje (SP) para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Cubrimos atención médica ambulatoria para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de medicamentos farmacéuticos. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos así como también asesoramiento tradicional.	Usted paga $30 de copago por: • Cada consulta de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare. • Cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	Usted paga 20% del costo por cada cirugía ambulatoria cubierta, incluidos, entre otros, los cargos de hospitales u otros centros y los cargos médicos o quirúrgicos. Usted paga $50 de copago por cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. La distribución de costos adicional se aplica para medicamentos recetados de Medicare Part B (como quimioterapia), pruebas de diagnóstico, pruebas de laboratorio o radiografías que recibe durante una visita a un hospital ambulatorio o a un centro de cirugía ambulatoria. Consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” y “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” en esta tabla. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Elementos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (suplementario)* Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con una asignación mensual combinada de $39 para artículos OTC. Los audífonos OTC están cubiertos e incluidos en la asignación combinada OTC. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes.	No se aplica coseguro, copago ni deducible si utiliza su tarjeta MyChoice. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima mensual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Elementos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (suplementario)* (Continuación) Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta médica como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío, y vendas. Puede hacer su pedido: • En línea: visite NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. Consulte su Catálogo de productos OTC de 2026 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 pedidos) en el Catálogo de productos OTC de 2026. Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *Hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la internación en el hospital. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural, el cual es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga $105 de copago cada día por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Usted paga $110 de copago cada día por los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas a la oficina del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en la oficina del médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. Es posible que se requiera autorización previa. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes auditivos y de equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico los indica para determinar si requiere tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, servicios de podología, otros profesionales de la salud, sesiones individuales de servicios psiquiátricos, sesiones grupales de servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Para encontrar un proveedor de la red, visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. ◦ Las consultas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. ◦ Nota: no todas las condiciones médicas 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.	Usted paga $0 por consultas de atención primaria. Usted paga $30 de copago para consultas con un especialista. Por servicios adicionales de telesalud proporcionados por un proveedor de la red que actualmente ofrece los servicios a través de este medio, usted paga $0 por servicios médicos de atención primaria, acupuntura cubierta por Medicare, medicina interna, medicina general o servicios de medicina familiar proporcionados por otros proveedores de salud, no categorizados como médicos o médicos de osteopatía (es decir, enfermeras practicantes, asistentes médicos) y servicios del programa de tratamiento de opioides. Usted paga $15 de copago por estos servicios quiroprácticos. Usted paga $30 de copago por servicios de especialistas, servicios de podología, todos los demás profesionales de atención médica, sesiones individuales o grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y servicios de rehabilitación cardíaca. Usted paga $45 de copago por sesiones individuales o grupales

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas a la oficina del médico (Continuación) • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la enfermedad renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. Es posible que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ◦ Asiste a una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, **si se cumplen las siguientes condiciones**: ◦ no es un paciente nuevo; **y** ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días **y** ◦ la revisión no deriva en una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**: ◦ no es un paciente nuevo; **y** ◦ la revisión no está relacionada con una consulta en la oficina del médico en los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no deriva en una visita médica dentro de las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por Internet o a los registros electrónicos de salud.	para servicios de especialidad de salud mental y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos. Usted paga 0% de coseguro por los servicios de terapia ocupacional y los servicios de fisioterapia y patología del habla y lenguaje recibidos de un hospital independiente. Usted paga un 20% de coseguro por los servicios de terapia ocupacional y los servicios de fisioterapia y patología del habla y lenguaje recibidos de un hospital.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas a la oficina del médico (Continuación) • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían si son provistos por un médico). Es posible que se requiera autorización previa. • Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios si usted está tomando medicamentos anticoagulantes, como Coumadin, Heparin o Warfarin.	
Servicios de podología (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	Usted paga $30 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes (una vez cada 12 meses): • Tacto rectal. • Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: prueba, colocación o capacitación en el uso de dispositivos prostéticos y ortóticos, y también: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta tabla para obtener más información.	Usted paga 20% del costo por cada dispositivo ortopédico o protésico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o las reparaciones de tales dispositivos y los suministros relacionados. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $15 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si está apto y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-años y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer con LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre los exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartidas sobre los exámenes de detección posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.
Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica cualificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para enfermedades de transmisión sexual (STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, la oficina del médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de STI y asesoramiento para beneficio preventivo de STI cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra fuera del área de servicio de manera provisional, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional). • Tratamientos de diálisis a pacientes internados (si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua).	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare para el tratamiento de enfermedades renales. Usted paga $0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Usted paga 20% de coseguro por diálisis renal y servicios y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (Continuación) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de **Medicare Part B** en esta tabla.	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Análisis de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/proveedores médicos. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. En el caso de ciertas afecciones, como las que se enumeran a continuación, podrá pagar la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Una residencia para personas mayores o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada).	Usted paga: • $0 durante los días 1 - 20 • $200 por día durante los días 21 - 100 Se aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted ingresa a un hospital o SNF. El periodo de beneficios termina para los pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un hospital o en un SNF después de un SNF) durante 60 días seguidos. Si comienza el periodo de beneficios. No hay límite en cuanto al número de periodos de beneficios que puede tener una vez finalizado el periodo de beneficios. De conformidad con los pautas de Medicare, usted está cubierto hasta 100 días por cada periodo de beneficios para servicios hospitalarios en un SNF. Los días de reserva de por vida no pueden ser utilizados para abonar su parte del costo posterior a este periodo. No se requiere de una hospitalización previa de 3 días.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Continuación)	
• Un SNF donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital.	Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y distribución de costos se basa en el año en el que fue internado. La forma en que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted ingresa a un hospital o a un SNF como paciente interno. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o hasta 100 días de atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)	
El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Usar tabaco, independientemente de si exhiben signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (suplementarios)*	
Si quiere dejar de fumar, debe hablar con su médico de atención primaria o llamar al Departamento de Educación para la Salud. Además de la cobertura ofrecida bajo el beneficio para dejar de fumar y de usar tabaco de Medicare, el plan cubre 8 servicios de asesoramiento adicional cada año calendario para ayudar a dejar de fumar o usar productos de tabaco. Usted debe agotar su beneficio para dejar de fumar cubierto por Medicare antes de que el plan pague por la cobertura de este beneficio.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas*	
Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Cáncer	No se aplica ningún coseguro ni copago si utiliza su Healthy You. Usted paga $0 de copago por el transporte no médico aprobado por el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (Continuación) • Trastornos autoinmunes • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Postrasplante de órganos • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Afecciones con desafíos funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud. Una vez aprobada su solicitud, su tarjeta de débito prefinanciada (MyChoice) se cargará automáticamente cada mes con una asignación combinada de $25, que podrá utilizar para los beneficios de SSBCI. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente. **Alimentos y productos agrícolas** Puede utilizar la asignación de su tarjeta de débito prefinanciada (MyChoice) para comprar una variedad de alimentos saludables de marca y genéricos en su tienda participante local más cercana o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina. Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios incluidos en la asignación combinada.	**Es posible que se requiera la participación en un programa de manejo de cuidados. Los miembros también deben tener la aprobación del médico para las pruebas basadas en la falta de información médica histórica.** **Es posible que se requiera autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en la oficina del médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. La SET puede tener cobertura que supere las 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas con 36 sesiones adicionales en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Usted paga $20 por sesiones de Terapia de ejercicio supervisada (SET) cubiertas por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
Transporte que no es de emergencia (suplementario)* Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con una asignación combinada de $39 cada mes para gastar en servicios de transporte (a sitios relacionados con la salud). Este monto no corresponde a un número fijo de “viajes”, pero se puede utilizar para comprar transporte que no sea de emergencia para el límite del beneficio. Este monto se combina con la asignación mensual de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC). Si no utiliza toda la asignación mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes. Puede utilizar su tarjeta MyChoice precargada para comprar viajes en aplicaciones de transporte de pasajeros, servicios de taxi u otras formas de transporte que no sea de emergencia, como pases de autobús, tarjetas de tren u otras formas de transporte público.	No se aplica coseguro o copago por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima mensual. Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” en este cuadro para obtener más información sobre el transporte de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Transporte que no es de emergencia (suplementario)* (Continuación) Se recomienda a los miembros maximizar la cantidad de traslados disponibles a través de esta asignación. Para los destinos solicitados con frecuencia, como centros de diálisis o centros de fisioterapia, comuníquese directamente con el centro en cuestión para consultar si hay algún transporte más económico disponible antes de programar otro tipo de servicio de transporte de pasajeros. Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.	
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, y no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y cobrarle solo la distribución de costos dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas rutinarias medicamente necesarias (como los controles anuales) a un proveedor, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente. La atención de urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) puede estar cubierta bajo el beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Ofrecemos una cobertura de emergencia internacional de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención de urgencia, atención de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de atención de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	Usted paga $30 de copago por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare. Su distribución de costos no se exime si usted es hospitalizado por la misma afección. Su distribución de costos es la misma para servicios de atención de emergencia fuera o dentro de la red.
Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Usted paga $0 por el cuidado para la vista cubierto por Medicare. Usted paga el 20% del costo de los anteojos o lentes correctivos cubiertos por Medicare cuando

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) (Continuación)	
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más y latinoamericanos que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. Si se le deben practicar 2 cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	sean médicamente necesarios. Como después de una cirugía de cataratas.
Cuidado para la vista (suplementario)*	
¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros: La cobertura incluye: • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. • Una asignación de elementos para la vista. Puede usar su asignación de elementos para la vista de $200 para comprar: • Lentes de contacto*. • Anteojos (lentes y armazones). • Lentes o armazones de anteojos. • Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. $0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.	No se aplica ningún coseguro o copago a este beneficio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare	
Nuestro plan cubre una visita preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al personal de la oficina del médico con el que quiere programar una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)*	
Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta $10,000 cada año calendario para atención de emergencia/urgencia a nivel internacional fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).	No se aplica ningún coseguro o copago a este beneficio.
Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como de atención de emergencia o urgente si la atención se proporciona en los EE. UU. La cobertura mundial incluye atención de emergencia o requerida urgentemente, transporte de emergencia, atención de emergencia, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar donde ocurre hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización. Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan. El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos. Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos. EE. UU. cubre los 50 estados, District of Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de EE. UU.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)* (Continuación)	
	Se aplica un máximo del plan de $10,000 cada año calendario para este beneficio.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

Como miembro del plan, tiene cobertura de conformidad con el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program). El Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program) ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar costos de Medicare, tales como primas o distribución de costos. La asistencia con estos costos de Medicare depende de su nivel de ayuda. Consulte la tabla del Capítulo 2, Sección 6 para conocer su cobertura específica. Para algunas personas, Medicaid brinda asistencia adicional con beneficios adicionales.

Para obtener ayuda con Medicaid, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarle. También puede comunicarse con Medicaid Washington directamente. Puede encontrar la información de contacto de Washington State Health Care Authority (HCA) en el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos	Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
	Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	No cubiertos bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa	No cubiertos bajo ninguna condición
Atención de personal de enfermería de tiempo completo en su domicilio	No cubiertos bajo ninguna condición
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	No cubiertos bajo ninguna condición
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que está incluido en el costo del dispositivo, o el calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	No cubiertos bajo ninguna condición
Sala privada en un hospital	Solo cubierta cuando es médicamente necesaria.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados	No cubiertos bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.	Este plan ofrece cobertura adicional para la vista. Consulte “Atención para la vista” en la Tabla de beneficios, Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Cuidado de los pies de rutina	Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	No cubiertos bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:
Usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos si está recibiendo Ayuda Extra ("Extra Help") con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen una Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare para pagar los costos del Plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa Ayuda Extra ("Extra Help"), **alguna información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse para su caso.** Le hemos enviado un anexo titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra ("Extra Help") para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *"Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos" [Low Income Subsidy, LIS]* o *Cláusula LIS*), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos si está recibiendo Ayuda Extra (Extra Help) con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa de Ayuda Extra (Extra Help), es posible que cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un anexo titulado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados (también conocida como "Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos" [LIS] o Cláusula LIS), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Part B y los beneficios de medicamentos paliativos.

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

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

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su recetador no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados (consulte la Sección 2) o puede surtir sus medicamentos recetados a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por la FDA, o avalado por determinadas fuentes. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

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

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web (MolinaHealthcare.com/Medicare), o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (800) 665-1029.

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia se retira de la red

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

Farmacias especializadas

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

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

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC, (como una residencia para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

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

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

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

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

Resurtido 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 lo contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene suficientes medicamentos o si le cambiaron el medicamento.

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

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

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte de la distribución de costos puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de mantenimiento en nuestra "Lista de Medicamentos" del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una condición médica crónica o prolongada).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en los siguientes casos:

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

Si usted debe recurrir a una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que le surten su receta médica. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reintegro al plan). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos* Cubiertos (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos en forma abreviada lista de medicamentos.**

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

La "lista de medicamentos" solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Part D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

- está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para los que se recetó; o
- cuenta con el apoyo de determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico de marca u original y suelen costar 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.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 *Seis (6) categorías de distribución de costos para los medicamentos en la lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se incluyen en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alta es la categoría, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos
- Categoría 2: medicamentos genéricos
- Categoría 3: medicamentos de marca preferidos
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: medicamentos especializados
- Categoría 6: medicamentos de atención selecta

Para conocer en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, consulte nuestra Lista de Medicamentos del plan. La suma que usted paga por los medicamentos en cada categoría de distribución de costos se especifica en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (MolinaHealthcare.com/Medicare). La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan(Caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

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

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a 2 veces por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no aceptar no aplicarle la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

Probar primero un medicamento diferente

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

diferente primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/ Medicare.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si la cobertura de uno de sus medicamentos no es la que usted espera?

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que usted desea tomar no la tiene.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento.

Si el medicamento que utiliza se incluye en una categoría de distribución de costos y el costo que usted debe pagar es mayor al que considera correcto, lea la Sección 5.1 para conocer qué recursos están a su disposición.

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

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

Puede obtener un suministro provisional.

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo inscrito en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

- Este suministro provisional se otorgará por un máximo de 31 días. Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para surtir hasta un máximo de 31 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para miembros que están en nuestro plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
- Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, como una terapia escalonada o límites de cantidades (límites de dosis), cubrimos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para que se le surtan medicamentos de forma provisional por única vez, aunque ya hayan pasado sus primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son de la “Parte D” y compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el periodo en el que usted usa un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan con el mismo mecanismo de acción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Opción 2. Usted puede solicitar una excepción

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

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que toma se eliminará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el año siguiente, le haremos saber cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su

solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura ara el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulten el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en una categoría de distribución de costos que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que considera muy alta, hable con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de distribución de costos menor con el mismo mecanismo de acción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan una excepción a la categoría de distribución de costos del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulten el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Medicamentos en nuestra categoría 5: los medicamentos de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de distribución de costos para medicamentos en esta categoría.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**.
- **Transferir un medicamento en una categoría de distribución de costos mayor o menor.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. A veces recibirá un aviso directo si se han introducido cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel diferente de distribución de costos, añadir nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si estamos añadiendo una nueva versión genérica de una marca o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que estamos haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Añadir medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
  - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de distribución de costos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que añadamos estará en la misma categoría de distribución de costos o en una inferior y con las mismas o menos restricciones.
  - Solo realizaremos estos cambios si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 31 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado de la Lista de Medicamentos.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en caja de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 31 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su recetador sobre las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o su recetador pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Movemos el medicamento a una categoría de distribución de costos más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura

Se excluyen algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se establecen 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según Medicare Part A o Part B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Americanos y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

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

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

Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) para pagar sus recetas, Ayuda Extra (Extra Help) no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

Debe exhibir su tarjeta de identificación (ID) de miembro del plan de Washington Medicaid para surtir las recetas médicas cubiertas por Medicaid.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia puede llamar al plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información sobre la inscripción a nuestro plan.

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

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan

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

Sección 9.2 Internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para personas mayores) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted reside en un LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja), comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo.** Este le podrá ayudar a entender cómo trabajará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre cobertura válida:

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

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

Guarde los avisos sobre la cobertura válida porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si es miembro de un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., un antiemético, un laxante, un analgésico 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 la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta médica.

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

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

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

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

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

Sección 10.1 Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos 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 puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

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

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a utilizar sus opioides

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

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

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, utilizamos la palabra "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. La ley excluye a algunos medicamentos de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (MolinaHealthcare.com/Medicare), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe Ayuda Extra (Extra Help), es posible que **parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida su *Cláusula Adicional LIS*.

Sección 1.1 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de bolsillo y lo que no.

Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo.

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

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducibles
  - La Etapa de cobertura inicial.
- Todos los pagos que usted realizó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de registrarse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Servicios de Salud para Indígenas Americanos, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) haya gastado un total de $2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización por accidentes de trabajo).
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes (Manufacturer Discount Program)

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las que se indican anteriormente, paga una parte o el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento del total de sus gastos de bolsillo

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para aprender lo que puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que gastó en forma completa y actualizada.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Complete Care Select(HMO D-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP). Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pase de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos el registro de 2 tipos de costos

- **Gastos de bolsillo:** esta es la cantidad que pagó. 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, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos**: este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

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

- **Exhiba su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas médicas que surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos las copias de sus recibos. **Ejemplos de cuando debe proporcionarnos copias de sus recibos médicos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando usted paga un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
  - Si recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio Médico para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los miembros del plan pueden acceder a sus EOB en línea en Caremark.com. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros obtienen Ayuda Extra (Extra Help) para los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducibles no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe Ayuda Extra (Extra Help), esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Consulte el suplemento aparte (la cláusula adicional LIS) para informarse sobre el importe de su deducible.

Si usted no recibe Ayuda Extra (Extra Help), la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando le surten su primer medicamento con receta del año. Cuando esté en esta etapa de pago, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la suma del deducible de nuestro plan, que es de $350 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajar. Pagará un deducible anual de $350 para los medicamentos de las categorías 3-5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de las categorías 3-5** hasta alcanzar la suma del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **"costo total"** es, por lo general, inferior al precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan negoció costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program).

Una vez que haya pagado $350 por sus medicamentos en las categorías 3-5, usted abandona la etapa de deducibles y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

Nuestro plan tiene categorías seis (6) de distribución de costos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea la categoría de distribución de costos, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos
- Categoría 2: medicamentos genéricos

- Categoría 3: medicamentos de marca preferidos
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: especializados
- Categoría 6: medicamentos de atención selecta

Para conocer en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, consulte nuestra Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

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

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

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

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

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

Sus costos por un suministro de un *mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen una Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos del Plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa Ayuda Extra (Extra Help), **alguna información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse para su caso.** Le hemos enviado un anexo titulado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (“Extra Help”) para la compra de medicamentos recetados (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o Cláusula LIS), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame

al Departamento de Servicios para Miembros y pida su cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Categoría	Distribución de costos minorista estándar dentro de la red (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0	$0	$0	$0
Categoría 2 de distribución de costos (Genéricos)	$0, $1.60 o $2 de copago para todos los medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $2 de copago para todos los medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $2 de copago para todos los medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $2 de copago para todos los medicamentos recetados.
Categoría 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Categoría	Distribución de costos minorista estándar dentro de la red (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	$0	$0	$0	$0

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

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

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

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

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que pague por día por su medicamento ("tasa de distribución de costos diaria") y lo multiplicaremos por la cantidad de días de suministro del medicamento recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D

Categoría	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (suministro de 100 días)
Categoría 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0	$0
Categoría 2 de distribución de costos (Genéricos)	$0, $1.60 o $4 de copago por todos los medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $4 de copago por todos los medicamentos recetados.
Categoría 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Categoría	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (suministro de 100 días)
Categoría 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no está disponible un suministro a largo plazo.	El servicio de pedidos por correo no está disponible para un suministro a largo plazo de medicamentos de nivel cinco (5).
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	$0	$0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo anuales alcanzan los $2,100

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de su bolsillo totales alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la *Parte D* que recibe le ayudará a mantener un registro de lo que usted y nuestro plan, así como también los terceros, pagaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Lea la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

Durante la Etapa de *Cobertura* Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D Ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcancen el límite de $2,100 por año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **administrarle a usted la vacuna.** (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

Sus costos por una vacunación de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le costarán nada.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede administrarse en una farmacia o en la oficina del médico.
3. **Quién administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O, un proveedor puede administrarla en la oficina del médico del médico.

Lo que usted debe pagar cuando recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando se le aplica la vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro . Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará la totalidad del costo que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará conforme a su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, detallamos 3 ejemplos de manera en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye los costos de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en la oficina del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar los costos totales de la vacuna en sí y los del proveedor que se la administre.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó por la vacuna, menos cualquier coseguro O copago (incluidos los costos de administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra [Extra Help], le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva a la oficina del médico, donde recibe la vacuna.

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra [Extra Help], le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan a nuestro plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamento que usted recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

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

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

Entre los ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió se encuentran los siguientes:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**
   - Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, debe pedirle al proveedor que facture a nuestro plan.
   - Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.

- Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

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

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como **facturación del saldo**. Este factor de protección (por el cual nunca paga más de la suma de distribución de costos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por un monto mayor que el que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya le pagó a un proveedor de la red, pero cree que pagó en exceso, envíenos la factura con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto pagado por usted y el monto que usted debía según el plan.

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

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

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. 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 dentro de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción al plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro de 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.

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

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago. **Nos debe presentar su reclamo dentro de un (1) año calendario** posterior a la fecha en que recibió el servicio o artículo, o dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el medicamento.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Medical Services reimbursements:

Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

O envíe un fax al (310) 507-6186

Prescription Drug reimbursements:

Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

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

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

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (800) 665-1029, El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

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

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

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en nuestro plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Su privacidad

Molina Healthcare of Washington, Inc. ("Molina Healthcare", "nosotros" o "nuestro") usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de vigencia de este aviso es el 23 de septiembre de 2013.

PHI significa información médica protegida. La información médica protegida (PHI) es información médica que incluye su nombre, su número de miembro u otros identificadores, y que es utilizada o compartida por Molina Healthcare.

¿Por qué Molina Healthcare usa o comparte su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

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

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

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

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

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

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**asociados comerciales**") que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan médico. 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 Healthcare usar o compartir su PHI sin una autorización (aprobación) por escrito de su parte?
Además del tratamiento, el pago y las funciones de atención médica, la ley permite o exige que Molina Healthcare use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley
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 utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica
Su PHI se puede utilizar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

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

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

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

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

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

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

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

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

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

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

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información médica?
Usted tiene derecho a lo siguiente:

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

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

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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

- **Revisar y copiar su PHI**
  Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar la cobertura y reclamos y tomar otras decisiones como miembro de Molina Healthcare. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina Healthcare 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. Usted puede utilizar el formulario de Molina Healthcare 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)**
  Usted puede pedirnos que le demos una lista de los terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
  - A personas sobre su propia PHI.
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.

- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

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

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

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina Healthcare 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:

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

Por escrito:
Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

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

U.S. Department of Health & Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
(800) 368-1019; TDD: (800) 537-7697; Fax: (206) 615-2297

¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?
Molina Healthcare debe cumplir con lo siguiente:

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

Este aviso está sujeto a cambios

Molina Healthcare 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 Healthcare publicará el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviará, o bien enviará información acerca del cambio importante

y acerca de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina Healthcare.

Información de contacto
Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

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

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

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

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

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

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

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

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

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

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

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como los **testamentos vitales** y el **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo configurar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir los formularios.

- Los formularios también están disponibles a través del enlace a Caring Connections en nuestro sitio web y en http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/
- **Llenar el formulario y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

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

- El hospital le preguntará firmó 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.

Completar un documento de instrucciones anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones de esta, puede presentar una queja ante la:
Para quejas sobre profesionales de atención médica:
Para presentar quejas sobre centros de atención médica y hospitales:

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no están siendo respetados

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que ha recibió un trato injusto o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se debe a motivos de discriminación, puede obtener ayuda con su problema aquí:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- **Llame al SHIP local** al **(800) 562-6900**

- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- **Llame a su SHIP local al (800) 562-6900**
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *y Derechos y Proteccionesde Medicare* (disponible en: Derechos y Protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

  - Debe pagar las primas de nuestro plan.
  - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de 2 factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de **Medicare** o el proceso de **Medicaid**, o ambos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que usted tiene:
   - Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
   - Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso para presentar quejas,** también denominadas reclamos.

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

La información en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

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

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar para obtener la ayuda o la información correcta, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a cumplir con su derecho a quejarse. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas que no están relacionadas con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

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

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos, en caso de que eso se muestre.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Usted visita www.Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Información de contacto de Washington State Health Care Authority (HCA) (el programa de Medicaid de Washington)
LLAME AL	(800) 562-3022 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico (PT) (excepto los feriados estatales)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Washington State Health Care Authority P.O. Box 45505 Olympia, WA 98504-5502
PÁGINA WEB	http://www.hca.wa.gov/

Método	Información de contacto de Washington State Office of the Insurance Commissioner (el programa de Ombudsman de Washington)
LLAME AL	(800) 562-6900 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	(360) 586-0241 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Washington State Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256
PÁGINA WEB	http://www.insurance.wa.gov

Método	Información de contacto de Washington State Long Term Care Ombudsman
LLAME AL	(800) 562-6028 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	(800) 737-7931 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Note zipcode change Washington State Long Term Care Ombudsman 1200 South 336th Street or P.O. Box 23699 Federal Way, WA 98003
PÁGINA WEB	http://www.waombudsman.org/

Método	Información de contacto de Acentra Health – (Organización de Mejoramiento de Calidad de Washington)
LLAME AL	(888) 305-6759 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora local; fines de semana y días festivos: de 10 a.m. a 4 p.m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema

Dado que usted tiene Medicare y recibe ayudas de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

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

Consulte la **Sección 4, "Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare"**.

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

Consulte la **Sección 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Part B como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisiones de cobertura y el proceso de apelaciones para saber si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden

comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no se encuentra cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

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

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

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, que será gestionada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

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

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Obtenga ayuda gratuita del** Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.)
  - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.) Este formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de su representante sin el formulario, no podemos realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. Existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en estas secciones:

- **Sección 6:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué información corresponde en su caso, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información a su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si quiere solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos médicos y los servicios.

Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

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

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, o atención en centros de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Una decisión de cobertura que afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada.**

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 7 días calendario cuando el elemento o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad para funcionar normalmente pueden resultar perjudicadas.

- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted mismo solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Se le explique que, si su médico solicita la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente le concederemos una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Se le explique que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándares.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud para un elemento o servicio médico sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el elemento o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no debemos* extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su reclamo una vez que tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más.** Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **integrada.**

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se toma en el plazo de 30 días o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico**.** Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si la respuesta es afirmativa** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proveerle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información).
- Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes del final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una Apelación de Nivel 2 en la que una Organización de Revisión Independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un elemento o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B.

Si la respuesta de nuestro plan es negativa a toda o parte de su apelación, le enviaremos de manera automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Proceso de apelaciones de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su expediente del caso. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

***Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el* Nivel 2.**

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si esta es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es "Sí" a una parte o a toda la solicitud de un elemento o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar.** Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es "Sí" a una parte o a toda la solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas** contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su solicitud es total o parcialmente negativa,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
  - le explicará su decisión;
  - le notificará sobre el derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple un valor mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - le informará sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la trata un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 6.5 Si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió con las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por lo general dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa:** Si la atención médica no está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nos solicita cubrir un medicamento Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar el pago de un monto de distribución de costos menor por un medicamento cubierto en una categoría de costo compartido superior. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar que le hagamos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se denomina una **excepción de formulario.**

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina una **excepción de formulario.**

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto se denomina una **excepción de categoría.**

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de distribución de costos que aplica a los medicamentos en categoría 4 medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto de la distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de distribución de costos menor.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto menor sea la categoría de distribución de costos, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición médica que se encuentra(n) en una categoría de distribución de costos menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al/a los medicamento(s) alternativo(s).
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de distribución de costos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de distribución de costos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
   - No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de distribución de costos para cualquier medicamento de la categoría cinco (5) de medicamentos especializados.
   - Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de distribución de costos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente, paga el monto menor.

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, no aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de distribución de costos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

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

Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura por el reintegro de un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted mismo solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico o recetador, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Se explique que, si su médico u otro recetador solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Se le informe cómo se puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Esto le puede hacer usted, su médico (u otro recetador) o su representante. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Por lo general, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de su solicitud,** debemos **proveer la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es negativa, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una redeterminación del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura de la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (800) 665-1029.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las presentadas en el *Formulario de Solicitud de Redeterminación de los CMS modelo*, disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 7.6, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 7.6, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es positiva,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Paso 4: si respondemos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente** (Independent Review Entity, **IRE**).

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que se establecen y cómo puede comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar una apelación dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la organización de revisión independiente.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide otorgarle una apelación rápida, esta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión independiente deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud,** debemos **proveer la cobertura** de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **dentro las 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.
- Si la **organización de revisión independiente aprueba, en parte o en su totalidad, una solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a enviarle el pago usted en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde negativamente a su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza la totalidad o parte de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión tomada.
- Se le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura de medicamentos que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Se le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelaciones).
- Si decide avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10, se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pudiera requerir después del alta.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) le entrega el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su hospitalización.
   - Dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que esta es muy repentina. Es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
2. **Se le solicitará que firme el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una inquietud por la calidad de la atención) en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios por un tiempo más prolongado como paciente internado, utilice el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) (800) 562-6900. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O, para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
  - Si cumple esta fecha límite, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la hospitalización* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información que tanto nosotros como el hospital le brindamos.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente responde *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa,* significa que su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía del día *posterior* al que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir del mediodía del día posterior al que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación fue *negativa y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario después** del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria cubierta, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de estos 3 tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por 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.

Sección 9.1 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención. En el aviso se informa lo siguiente:
   - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan sobre detener la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) (800) 562-6900. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudan a mejorar la calidad de la atención a los pacientes que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1:presente su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de falta de cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación **el mediodía anterior a la fecha de vigencia** indicada en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare.*
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad utilizando la información de contacto en la Notificación de falta de cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y le proporcionaremos la *Explicación detallada de la falta de cobertura* en la que se explica en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores contestan afirmativamente a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores contestan *negativamente* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención**.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, 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) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

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

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente contesta negativamente?

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de 5 niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 5 y 4 para solicitudes de servicio médico

Esta sección se puede aplicar a su caso si usted realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que en los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **juez de derecho administrativo o un abogado mediador** que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de manera afirmativa a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* finalizado**. A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se presentará una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de manera negativa a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* finalizado**.

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta a su apelación es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* finalizado**.A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde de manera negativa a su apelación, en el aviso que reciba, se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las Solicitudes de Medicamentos de la Parte D

Esta sección se puede aplicar a su caso si usted realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el que usted realizó una apelación alcanza una determinada cantidad en dólares, usted puede recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2, se le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que en los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de manera negativa a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde de manera negativa a su apelación, en el aviso que reciba, se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Cómo presentar una queja

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o la oficina del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones).	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Nos solicitó una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida y rechazamos su solicitud. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para otorgarle una decisión o apelación de cobertura. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados servicios o artículos médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente. En ese caso, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Término legal:

- Un **reclamo** también recibe el nombre de **queja formal**.
- **Presentar un reclamo** recibe el nombre de **presentar una queja formal.**

Término legal:

- **Usar el proceso para reclamos** recibe el nombre de **usar el proceso para presentar una queja formal.**
- Un **reclamo rápido** recibe el nombre de **queja formal acelerada**.

Paso 1: comuníquese inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **El primer paso suele ser llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Trataremos de resolver su queja por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, realizaremos un procedimiento formal para revisar su queja. Esto se denomina proceso de quejas para miembros. Respondemos la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Podemos tardar más si nos lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es lo mejor para usted. Si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja por escrito o presenta una queja sobre la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Lo tramitaremos como un reclamo acelerado si rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida o si nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación y usted no está de acuerdo con que debamos tomarnos más tiempo. Respondemos los reclamos acelerados en 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar reclamos por la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**. 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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de Calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con los beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener información adicional sobre los beneficios y/o procesos cubiertos por Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar un reclamo por la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos**.

CAPÍTULO 10:
Finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones determinadas en las que debemos poner término a su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando su distribución de costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción y recibe Ayuda Extra [“Extra Help”], Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), y no tiene una cobertura válida de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes médicos de Medicare disponibles durante el **Periodo de Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de Inscripción Abierta.
- Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta

Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de Inscripción Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o haga cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: si cancela una cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda Extra ("Extra Help"), y no tiene una cobertura válida de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1.º de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage,** usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo Especial de Inscripción

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo Especial de Inscripción**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción si le corresponde cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare en www.Medicare.gov.

- Usualmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid de Washington.
- Si es elegible para que Ayuda Extra (Extra Help) pague su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para personas mayores o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para acceder a ciertos períodos de inscripción especial. En el Capítulo 5, Sección 10 puede obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le informa más acerca del periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si desea saber si es elegible para el período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Extra (Extra Help) y continúa sin una cobertura válida para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare,

Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le informan más acerca del período especial de inscripción por personas con Medicaid y Ayuda Extra (Extra Help).

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Obtenga información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.	• Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar cómo debe hacer para cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción a Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) se cancelará cuando empiece su cobertura de Medicare Original.

Nota: si cancela una cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), y no tiene una cobertura válida de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, es probable

que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Washington State Health Care Authority (HCA). (800) 562-3022, TTY: 711. De lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico (PT) (excepto los feriados estatales) Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para que le surtan sus recetas médicas**.
- **Si lo hospitalizan el día que finaliza su membresía, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Part A y Part B.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se determinó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Cuando Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) determina que usted ya no reúne los requisitos de elegibilidad, recibirá una carta de notificación donde se le indique el motivo de la posible cancelación de inscripción. Dispondrá entonces de 6 meses (180 días) a partir de la fecha de la carta para responder.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a 6 meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inadecuada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
    - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que la Oficina del Inspector General del investigue su caso.

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Department of Health and Human Services en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-1029 (los usuarios de TTY deben llamar al (800) 665-1029). Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de

recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de distribución de costos permitido de nuestro plan. Como miembro de Molina Medicare Complete Care Select, usted solo debe pagar las sumas de distribución de costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen un **factura del saldo** o le cobren más de la suma de distribución de costos que su plan establece que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como los productos biológicos originales. (Consulte "**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 (consulte "**Biosimilares intercambiables**").

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes cualificadas en su nombre) han gastado $2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. En esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto que es posible que se le exija que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente.

Queja: el nombre formal para hacer una queja es presentar o hacer un reclamo. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de costos: la distribución de costos se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es una adición a la prima mensual de nuestro plan). La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier suma fija de "copago" que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier suma de "coseguro" que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Categoría de distribución de costos: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las seis (6) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión de nuestro plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles

para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los cuidados de custodia, brindados por personas sin entrenamiento ni destrezas profesionales, incluyen ayudar a realizar actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama, sentarse en una silla y levantarse de esta, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

Tasa de distribución de costos diaria: una "tasa de distribución de costos diaria" puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de distribución de costos diaria es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su "tasa de distribución de costos diaria" es de $1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por atención o recetas médicas antes de que pague nuestro plan.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de finalizar su membresía al plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP, se inscriben personas que tienen derecho a recibir tanto asistencia de Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted quiere eximirnos de la restricción de criterios o si el plan establece límites sobre la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

"Ayuda Extra (Extra Help)": un programa estatal o de Medicare para ayudar a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta por nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso una queja por la calidad de atención. No incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro cuya enfermedad terminal se certificó medicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la prima estándar y una suma de ajuste mensual conforme a los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Periodo de inscripción inicial: período de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Part A y Part B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP Integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan médico para ciertos grupos de individuos elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se las conoce como personas con doble derecho a todos los beneficios.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNPS) SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Institucionales Equivalentes (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte Ayuda Extra (Extra Help).

Programa de descuentos del fabricante (Manufacturer Discount Program): programa por el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Justo Máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Máximo de gastos de su bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las sumas que paga por las primas de nuestro plan, primas de Medicare Part A y Part B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de

Medicare en ese momento. El Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Part C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Arancel por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como los de vista, dentales, o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Medicare Part D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Programa de Manejo del Tratamiento Médico (Medication Therapy Management, MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *faltas* de cobertura en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados "**proveedores del plan**".

Período de inscripción anual: es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión de nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o acerca de cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de arancel por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan médico privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro no contratado por nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de distribución de costos. El requisito de distribución de costos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: es la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: el monto que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Extra (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de distribución de costos correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos

de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o cobertura de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen exámenes de Papanicolau, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud y chequeos médicos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página web.

Dispositivos protésicos y ortóticos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y tratamiento de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo de tiempo específico.

"Herramienta de Beneficios en Tiempo Real": un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el beneficio y medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos del formulario alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Progresiva, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen servicios de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan médico en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también

es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan cancelará su inscripción al plan si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y servicios de rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos de los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera profesional o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su condición médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos Urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de carácter urgente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפּראַך הילף סערוויסעס זענען בארעבטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d’adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں- قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں- ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں-

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Helfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፣ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจาตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائهدهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa’aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua I limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala’au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ*ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសា
ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន
ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID
របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.
ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်ကတိၤ ကညီကျိာ် အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆိဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၣ်ဘူဉ်လၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အီၤသ့တဖဉ် လၢတလၣ်ဘူဉ်လၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလိတဲစိနိဉ်ဂံၢ်လၢ အိဉ်ဖဲနလံာ်အုဉ်သး (ID) ခးကဲ့အလိၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ဉ်နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲန့ဉ် တကွၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poleđini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poleđini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọrùn ló wà lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọ́mbà Àwọn iṣẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ tàbí bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti’, t’áá jiik’ehgo saad bee áká’ánída’awo’ígíí t’áá hadoohkáał nihá kéé’ hóló. T’áá ajiłii íiyisí át’éego nihá át’éego bee haz’ánígíí dóó t’áá ádáhodooníígíí biniiyé t’áá jíík’eh nihá kéé’ hóló Member Services béésh bee hane’í bikáá’ dah naaznil doo ID card ni’ dooleeł ná’ádoolwołígíí bikáá’ nihá át’é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Syriac

ܫܡܘܥ ܠܟ: ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܠܫܢ̈ܐ ܣܘܪܝܝܐ، ܫܝܪ̈ܘܬ ܕܥܙܪܐ ܒܠܫܢܐ ܕܝܠܟ ܒܚܠܦ ܟܠ ܫܝܪ̈ܘܬ ܕܡܬܢ̈ܐ ܠܟ ܒܠܫܢܐ ܕܝܠܟ ܒܚܢܡ. ܫܝܪ̈ܘܬ ܣܘܦ̈ܠܝܡܢܛܪ̈ܝ̈ܐ ܘܥܙܪ̈ܐ ܕܡܬܐܡܡ̈ܢ ܠܡܬܝ̈ܗܒ ܠܟ ܒܦ̈ܘܪ̈ܡܛ̈ܐ ܕܡܫܟ̈ܚܝܢ ܘܡܬܝ̈ܗܒ ܠܟ ܒܚܢܡ ܐܦ ܗܢ ܒܠܫܢ̈ܐ ܕܝܠܟ. ܫܝܪ̈ܘܬ ܣܘܦ̈ܠܝܡܢܛܪ̈ܝ̈ܐ ܘܥܙܪ̈ܐ ܕܡܬܐܡܡ̈ܢ ܠܡܬܝ̈ܗܒ ܠܟ ܒܚܢܡ ܐܦ ܗܢ ܒܠܫܢ̈ܐ ܕܝܠܟ ܒܚܢܡ

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**"). Usamos y compartimos información médica protegida ("**PHI**") sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

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

Para funciones de atención médica
Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

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

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

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

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

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

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

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

Salud y seguridad
Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales
Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

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

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

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.
Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?
Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos 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 médica?
Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir 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 nuestro formulario 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 nuestro formulario 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 sobre usted como nuestro

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario 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 nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**
  Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
  - A personas sobre su propia PHI.
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - La 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 nuestro formulario para hacer la solicitud.

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

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante 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:

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

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?
Estamos obligados a:

- 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

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos 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 nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto
Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-1029 Las llamadas a este número son gratuitas. La línea de atención del Departamento de Servicios para Miembros atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si llama después del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje de voz. Si necesita ayuda urgente o está en crisis, el servicio de respuesta de voz interactiva (IVR) lo dirigirá a la Línea de Consejos de Enfermería para obtener apoyo adicional en vivo. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) (SHIP de Washington) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 562-6900 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local
TTY	(360) 586-0241 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA): Office of Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
PÁGINA WEB	https://www.insurance.wa.gov/insurance-resources/medicare/get-free-medicare-help-shiba

Declaración de Divulgación con respecto a la PRA *Según la Ley de Reducción de Papeles (PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*