



Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

Medicare-Medicaid Plan

2020 | Manual del Miembro

California H8677-002

Sirviendo al condado de Los Angeles.

Manual del Miembro del Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

01/01/2020 – 12/31/2020

Su cobertura de medicamentos y salud con el Plan Molina Dual Options Cal MediConnect

Introducción al *Manual del Miembro*

En este manual, se le informa acerca de su cobertura de Molina Dual Options hasta el 31/12/2020. Se explican los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (trastorno por abuso de sustancias y salud mental), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y asistencia y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Entre los servicios y asistencia a largo plazo, se incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP) y Centros de enfermería (NF). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

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

ATTENTION: If you speak: English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-665-4627（TTY：711）。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4627 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ՈւՇԱՆԻՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՔԵ խոսում եմ հայերեն, ապա ձեզ անվերա կարող եմ տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

† រយ័ត្តន៖ បរិសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវាជំនួយខ្លួននកភាសា ហយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។

Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes separadas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, póngase en contacto con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local para actualizar su expediente con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador del caso para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



2020 Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

Tabla de Contenidos

Capítulo 1.	Inicio como miembro	5
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes	15
Capítulo 3.	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos	27
Capítulo 4.	Tabla de beneficios	44
Capítulo 5.	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	88
Capítulo 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal	105
Capítulo 7.	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos	111
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	115
Capítulo 9.	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	138
Capítulo 10.	Terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect	188
Capítulo 11.	Avisos legales	196
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes	199



Exenciones de responsabilidad

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



Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a Molina Dual Options	6
B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal	6
B1. Medicare	6
B2. Medi-Cal	6
C. Ventajas de este plan	7
D. Área de servicio de Molina Dual Options	8
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	8
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	8
G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado	9
G1. Equipo de cuidados	9
G2. Plan de cuidados	9
H. Prima mensual del Plan Molina Dual Options	10
I. El <i>Manual del Miembro</i>	10
J. Otra información que obtendrá de nosotros	10
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options	10
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	11
J3. <i>Lista de los medicamentos cubiertos</i>	13
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	13
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado	13
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	14

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



A. Bienvenido a Molina Dual Options

Molina Dual Options es un Plan Cal MediConnect. Un Plan Cal MediConnect es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También cuenta con Administradores de Casos y equipos de cuidado que lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Dual Options fue aprobado por el Estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle los servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración operado conjuntamente por California y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención para las personas que tienen Medicare y Medi-Cal. En esta demostración, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de Medicare y Medi-Cal.

En Molina Healthcare, comprendemos que cada miembro es diferente y tiene necesidades únicas. Es por eso que Molina Dual Options combina sus beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan para brindarle asistencia personalizada y tranquilidad.

Molina Healthcare fue fundado hace más de 35 años, para traer atención médica de calidad a más personas - especialmente a aquéllas que más lo necesitan. Desde el inicio, Molina ha puesto las necesidades de nuestros miembros antes, y continuamos haciéndolo hoy en día.

Bienvenido a Molina Healthcare. Está en familia.

B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

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

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Cada estado decide:

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

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

Molina Dual Options fue aprobado por Medicare y California. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Nosotros decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el Estado de California nos permiten continuar ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de Molina Dual Options, incluidos los medicamentos recetados. **No paga dinero adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Molina Dual Options lo ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención médica que usted mismo ayudó a constituir. Su equipo de cuidado puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tendrá acceso a un Administrador de Casos. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options y con su equipo para ayudarlo a elaborar un plan de atención médica.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda del equipo y del Administrador de Casos.
- El equipo de atención médica y el Administrador de Casos trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidado específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención médica lo ayudará a coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - El equipo de atención médica informará a los médicos sobre todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario.
 - El equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos los médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye todas las partes del Condado de Los Ángeles con la excepción de los siguientes códigos postales: 90704.

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

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, para obtener más información acerca de los efectos de mudarse fuera del área de servicio. Deberá comunicarse con el funcionario de elegibilidad local del condado:

Los Angeles Field Office
(866) 613-3777

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

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

- Vive en nuestra área de servicio **y**
- Tiene 21 años o más en el momento de la inscripción **y**
- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B **y**
- Actualmente es elegible para Medi-Cal **y**
- Es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Puede haber reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, recibirá una Evaluación de Riesgos de la Salud (HRA) dentro de los primeros 90 días según sus necesidades de atención médica.

Tenemos la obligación de completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su Plan de Atención Personalizada (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar sus servicios y LTSS, y necesidades de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para llenar la HRA. La HRA se puede completar por teléfono, por correo o con una consulta personal.

Le enviaremos más información relacionada con esta HRA.

Si Molina Dual Options es nuevo para usted, puede continuar recibiendo la atención de sus médicos actuales durante un tiempo. Puede mantener sus autorizaciones de servicio y proveedores actuales en el momento en que usted se inscribe hasta por 12 meses si se cumplen todos los siguientes criterios:

- Usted, su representante o su proveedor nos hacen una solicitud directa para que continúe la atención con el proveedor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si podemos establecer que tenía una relación existente con un proveedor de cuidado especializado o primario, con algunas excepciones. Una relación existente significa que usted se trató con un proveedor de atención médica primaria fuera de la red por lo menos una vez para una consulta que no sea de emergencia durante los 12 meses antes de la fecha de su inscripción inicial en Molina Dual Options.
 - Determinaremos una relación existente al revisar la información de salud que tengamos a nuestra disposición o que usted nos brindó.
 - Tenemos 30 días para responder a la solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando realice la solicitud.

Nota: Esta solicitud **no** se puede hacer para proveedores de equipo médico duradero (DME), transporte, otros servicios auxiliares o servicios no incluidos en Cal MediConnect.

Después de que termine el período de continuidad de la atención médica, deberá tratarse con médicos y otros proveedores de la red de Molina Dual Options que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención médica primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Los PCP de nuestro plan están afiliados a IPA y grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo un IPA o grupo médico afiliado. Esto significa que el PCP lo referirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su IPA o grupo médico. Un IPA o grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creada para proporcionar servicios de atención médica coordinada para usted. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado

G1. Equipo de cuidados

¿Necesita ayuda para obtener la atención médica que necesita? El equipo de cuidado puede ayudarlo. Este equipo puede incluir a su médico, un Administrador de Casos u otro personal de salud de su elección.

Un Administrador de Casos es una persona capacitada para ayudarlo a administrar su cuidado de la salud. Se le asignará un Administrador de Casos cuando se inscriba en Molina Dual Options. Si Molina Dual Options no brinda los servicios que usted necesita, esta persona también lo referirá a recursos comunitarios.

Puede comunicarse con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para solicitar un equipo de cuidado.

G2. Plan de cuidados

Su equipo de cuidados trabajará con usted para elaborar un plan de cuidados. El plan de cuidados les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud conductual y de LTSS. Su plan de cuidados se armará solo para usted y sus necesidades.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El plan de cuidados incluirá lo siguiente:

- Sus metas de atención médica.
- Una cronología de cuándo debe recibir los servicios que necesita.

Después de su evaluación de riesgos de salud, su equipo de cuidados se reunirá con usted. Hablarán con usted sobre los servicios que necesita. También pueden informarle sobre los servicios que debería obtener. Su plan de cuidados se basará en sus necesidades. El equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar el plan al menos una vez por año.

H. Prima mensual del Plan Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del Miembro*

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

Puede solicitarnos un *Manual del Miembro* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 01/01/2020 y el 31/12/2020.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro del Molina Dual Options, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de los medicamentos cubiertos*.

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

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y asistencia a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Deberá mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un modelo de tarjeta para que vea cómo será la suya:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	
Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan Member Name: <MemFIRST><MemMI><MemLAST> Member ID #: <HIC#>	
Health Plan (80840): <ISSUID> Date of Birth: <DOB> Effective Date: <EFFDAT> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copay \$0 PCP Name: <PCPNAM> Medical Group: <PAYTO>	RxBIN: <RxBIN> RxPCN: <RXPCN> RxGRP: <RXGRP> RxID: <HIC#> Dental Benefits Group ID: <HIC#> 
<H8677> <001/002> MyMolina.com	

In Case of An Emergency: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP) or you may also contact our 24-Hour Nurse Advice Line.

Member Services: <(855)665-4627>
Member Services TTY: <711>
Behavioral Health: <(888)275-8750>
24-Hour Nurse Advice: <(888)275-8750>
Pharmacy Help Desk: <(855)665-4627>
Dental Service: <(855)214-6779>

Website: <MolinaHealthcare.com/Duals>
Send claims to: <P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801
 EDI Submission Payer ID 38333>
Claim Inquiry: <(855)665-4627>

MolinaHealthcare.com/Duals

Si su tarjeta Cal MediConnect se daña o se pierde, o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o la tarjeta de Medi-Cal para obtener los servicios de Cal MediConnect. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro del Plan Molina Dual Options, el proveedor puede fracturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Vea el Capítulo 7 para ver qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que para acceder a los servicios de salud mental especializados que podría recibir del plan de salud mental del condado (MHP, por sus siglas en inglés), necesitará la tarjeta de Medi-Cal.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Molina Dual Options. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (vea la página 8).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

Este directorio proporciona una lista de los PCP, de los hospitales y de otros proveedores de atención médica que se encuentran disponibles para usted como miembro de Molina Healthcare. Encuentre la siguiente información sobre los médicos de Molina Healthcare y otros proveedores de atención médica en su Directorio de proveedores:

- Nombres.
- Direcciones.
- Números telefónicos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Idiomas.
- Disponibilidad de las sedes de servicios.
- Privilegios/afiliaciones hospitalarias.
- Grupo médico.

Es importante que los pacientes puedan visitar fácilmente a los médicos y que los consultorios proporcionen la ayuda que necesiten. La información física de accesibilidad se incluye para:

- Acceso básico
- Acceso limitado

También usamos los siguientes símbolos indicadores de accesibilidad en nuestros Directorios de proveedores para ilustrar las áreas de accesibilidad al consultorio del proveedor:

- P: Estacionamiento
- EB: Edificio exterior
- IB: Edificio interior
- W: Sala de espera
- R: Baños
- E: Sala de examen
- T: Camilla
- S = Balanza para silla de ruedas

En su Directorio de proveedores, o en línea en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals, también puede averiguar si los proveedores (como médicos, hospitales, especialistas o clínicas médicas) aceptan pacientes nuevos.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Molina Dual Options incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Los proveedores de la red también incluyen clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web de Molina Dual Options pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de los medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. En esta, se le indica qué medicamentos de venta con receta están cubiertos por Molina Dual Options.

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals o llame al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

J4. La Explicación de beneficios

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

En la *Explicación de beneficios*, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios* también está disponible cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Háganos saber lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambio en cualquier otra cobertura de seguro médico, como por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o indemnización al trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a una residencia para ancianos u hospital.
- Atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted).
- Es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica.

Si cambia su información, háganos saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

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



Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options	16
A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros.....	16
B. Cómo comunicarse con su Administrador de Casos.....	19
B1. Cuándo contactar a su Administrador de Casos	19
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	20
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	20
D. Cómo comunicarse con el Programa de Asesoramiento y Protección de Seguros Médicos (HICAP)	21
D1. ¿Cuándo contactar a HICAP?.....	21
E. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO).....	22
E1. Cuándo contactar a Livanta	22
F. Cómo comunicarse con Medicare	23
G. Cómo comunicarse con Medi-Cal Health Care Options	24
H. Cómo comunicarse con el Programa de Mediación de Cal MediConnect	24
I. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales del Condado	25
J. Cómo comunicarse con el Plan de Salud Mental Especializada del Condado	25
J1. Comuníquese con el Plan de Salud Mental Especializada del Condado para realizar las siguientes consultas:	25
K. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California	26
L. Otros recursos	26

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

LLAME AL	(855) 665-4627. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	Para servicios médicos: Fax: (310) 507-6186 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA	Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas acerca de reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembros
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica
 - Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
 - Sus beneficios y los servicios cubiertos, o
 - La suma que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Puede llamarnos y explicar su queja. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre Molina Dual Options en el Programa Ombuds de Cal MediConnect llamando al (855) 501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y los medicamentos cubiertos, o
 - La suma que pagaremos por los medicamentos.
 - Esto aplica a los Medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Medi-Cal y medicamentos de venta libre de Medi-Cal.
 - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre la presentación de una apelación sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.



Información de contacto		
Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a: Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047	Fax: 866-290-1309	
Para apelaciones sobre medicamentos de Medi-Cal, envíe un correo a: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802	Fax: 1-562-901-9632	
Si su apelación es acerca de:	Esto es lo que tiene que hacer:	Recibirá una decisión en:
Medicamentos de la Parte D	Debe presentar una apelación dentro de 60 días de la decisión de cobertura	7 días calendario
Medicamentos que no son de la Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de medicamentos)	Debe presentar una apelación dentro de 90 días de la decisión de cobertura.	30 días calendario (más 14 días de extensión)

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



B. Cómo comunicarse con su Administrador de Casos

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

LLAME AL	(855) 665-4627. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles, y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
ESCRIBA	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Cuándo contactar a su Administrador de Casos

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos por abuso de sustancias y salud mental)
- Preguntas acerca del transporte
- Preguntas sobre servicios y asistencia a largo plazo (LTSS)

LTSS incluye Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP) y Centros de enfermería (NF).

Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica.

Puede obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS),
- Programas de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP),
- Atención de enfermería especializada,
- Fisioterapia,
- Terapia ocupacional,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Terapia del habla,
- Servicios sociales médicos,
- Atención médica domiciliaria.

Para obtener más información sobre sus servicios LTSS, puede llamar a Molina Dual Options al (855) 665-4627.

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con una enfermera calificada que puede proporcionarle asesoría de atención médica en su idioma y referirle a donde usted puede obtener el cuidado que necesite. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermeras es un centro de llamadas de salud acreditado por la URAC que funciona desde 2007. La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso integral con el cuidado de calidad, los procesos mejorados y mejores resultados del paciente. Desde 2010, nuestra Línea de Consejos de Enfermeras también cuenta con certificación del NCQA en Productos de Información de Salud (Health Information Products, HIP) para nuestra Línea de Información de Salud, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. El NCQA está diseñado para cumplir con los estándares de información de salud del NCQA en cuanto a los estándares vigentes para planes de salud.

La Línea de Consejos de Enfermeras evaluará su seguridad, lo conectará con servicios de emergencias, encontrará un proveedor de salud conductual o recursos comunitarios y lo remitirá a un Administrador de Casos de Molina. Para obtener más información, puede llamar a Molina Dual Options al (888) 275-8750.

Debe llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras si necesita ayuda de inmediato o no está seguro de lo que debe hacer. Si tiene una emergencia que puede causarle la muerte o daños a usted o a terceros, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano O llame al 911.

LLAME AL	(888) 275-8750. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D. Cómo comunicarse con el Programa de Asesoramiento y Protección de Seguros Médicos (HICAP)

El Programa de Asesoramiento y Protección de Seguros Médicos (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos.

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

LLAME AL	(800) 434-0222 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m., hora local.
TTY	711 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m., hora local
ESCRIBA	Condado de Los Ángeles: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
SITIO WEB	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

D1. ¿Cuándo contactar a HICAP?

- Preguntas sobre su plan Cal MediConnect u otras preguntas sobre Medicare.
 - Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
 - entender sus derechos,
 - comprender sus elecciones de plan,
 - presentar una queja de la atención médica o tratamientos, y
 - ayudarlo a resolver problemas con las facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

LLAME AL	Apelaciones: (877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	http://bfccqioarea5.com/

E1. Cuándo contactar a Livanta

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB:	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También encontrará contactos de Medicare en su estado al seleccionar “Formularios, ayuda y recursos”, y al hacer clic en la opción “Números telefónicos y sitios web”.</p> <p>La página web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar planes en su área:</p> <p>Localizador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Encontrar planes de salud y medicamentos”.</p> <p>Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y realizar cualquier consulta sobre la que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



G. Cómo comunicarse con Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options puede ayudarlo si tiene preguntas sobre cómo seleccionar un plan Cal MediConnect u otros problemas de inscripción.

LLAME AL	1-844-580-7272 Los representantes de Opciones de Atención Médica están disponibles entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Cómo comunicarse con el Programa de Mediación de Cal MediConnect

El programa de mediación de Cal MediConnect trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. La oficina de mediación de Cal MediConnect también puede ayudar con sus problemas de servicio o facturación. El Programa de Mediación de Cal MediConnect no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local excepto días festivos
TTY	1-855-847-7914 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capitol Avenue PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



I. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales del Condado

Condado de Los Ángeles

LLAME AL	(888) 944-4477. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711
ESCRIBA	Condado de Los Ángeles Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
SITIO WEB	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/programs-and-services/in-home-supportive-services/

J. Cómo comunicarse con el Plan de Salud Mental Especializada del Condado

Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles:

LLAME AL	(800) 854-7771. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	(562) 651-2549. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

J1. Comuníquese con el Plan de Salud Mental Especializada del Condado para realizar las siguientes consultas:

- Preguntas acerca de los servicios de salud conductual proporcionados por el condado: comuníquese con el Departamento de Salud Mental del Condado llamando a los números que aparecen arriba.

Consulte el Capítulo 3 para obtener información acerca de los beneficios de salud mental.



K. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda de DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas en contra del plan de salud sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes de DMHC están disponibles entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB:	http://www.dmhc.ca.gov

L. Otros recursos

Para reportar el abuso de adultos mayores, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de California - Servicios de protección para adultos de su condado:

Departamento de Servicios Sociales de California: servicios de protección para adultos.

LLAME AL	(877) 477-3646 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
ESCRIBA	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
SITIO WEB:	http://www.cdss.ca.gov/Adult-Protective-Services

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Información acerca de “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	29
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan	29
C. Información sobre su Administrador de Casos	31
C1. Qué es un Administrador de Casos	31
C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Casos	31
C3. Cómo puede cambiar de Administrador de Casos	31
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores fuera de la red	31
D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria	31
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	33
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan	34
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red	35
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	35
F. Cómo obtener servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por uso de sustancias)	36
F1. Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se proporcionan fuera de Molina Dual Options a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles	36
G. Cómo obtener servicios de transporte	37



H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	38
H1. Cuidado en casos de emergencia médica	38
H2. Atención médica requerida urgentemente	39
H3. Atención médica durante un desastre	40
I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan.....	40
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	40
J. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	41
J1. Definición de estudio de investigación clínica	41
J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	41
J3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica	42
K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	42
K1. Definición de institución religiosa no médica dedicada a la salud	42
K2. Obtener atención médica en una institución religiosa no médica dedicada a la salud	42
L. Equipo médico duradero (DME)	43
L1. DME como miembro de nuestro plan	43
L2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	43



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

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

Los proveedores incluyen médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionen servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico, y ciertos servicios y asistencia a largo plazo (LTSS).

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

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye la salud conductual y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Molina Dual Options, por lo general, pagará por servicios de atención médica, servicios de salud conductual y LTSS que recibe si sigue las reglas del plan. Para estar cubierto por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser determinada **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener el estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
- Para acceder a los servicios médicos, es necesario que un **proveedor de atención médica primaria (PCP)** de la red le haya indicado el tratamiento o lo haya derivado a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 31.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que el PCP lo referirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creada para proporcionar servicios de atención médica coordinada para usted.
- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de esto, consulte la página 31.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 31.
- **Debe recibir atención de los proveedores de la red que están afiliados con el grupo médico de su PCP.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan de salud y el grupo médico de su PCP. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significan emergencia o atención médica requerida urgentemente consulte la Sección H, página 38.
 - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options requiere una autorización previa para obtener atención de un proveedor fuera de la red, una vez finalizada la determinación de necesidad médica. En este caso, cubrimos la atención sin ningún costo para usted. Para informarse acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 31.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan durante un tiempo breve. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede hacernos una solicitud para continuar viendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos demostrar que usted tenía una relación existente con los proveedores (vea el Capítulo 1, página 8). Si aprobamos su solicitud, puede seguir viendo a los proveedores que consulta actualmente por hasta 12 meses de servicios. Durante ese tiempo, su Administrador de Casos lo contactará para ayudarlo a encontrar a los proveedores en nuestra red que están afiliados con el grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, dejaremos de cubrir su atención médica si sigue viendo a proveedores que no pertenecen a nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP.



C. Información sobre su Administrador de Casos

C1. Qué es un Administrador de Casos

- La persona principal que debe contactar es a un Administrador de Casos de Molina Dual Options. Esta persona lo asiste en la coordinación de su atención y la administración de sus servicios para asegurarse de que reciba lo que necesita.
- Un Administrador de Casos de Molina Dual Options es la persona principal que debe contactar para ayudarlo con su caso, si hace falta. Esta persona lo asiste en la coordinación de su atención y la administración de sus servicios para asegurarse de que reciba lo que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Casos

- Si desea comunicarse con el Administrador de Casos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local. Esta llamada es gratuita. TTY: 711. O bien, consulte www.MolinaHealthcare.com/Duals.

C3. Cómo puede cambiar de Administrador de Casos

- El miembro o cuidador puede solicitar que se cambie el Administrador de Casos asignado según sea necesario, llamando a la Administración de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros. El personal de Molina Dual Options HealthCare Services puede realizar cambios en la asignación de un Administrador de Casos para un miembro sobre la base de sus necesidades (culturales, lingüísticas/físicas/de salud conductual) o su ubicación.

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

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y gestione su cuidado. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

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

El proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, una enfermera especializada, un profesional de atención médica o una clínica o un hogar médico (centros de salud acreditados a nivel federal [FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Las remisiones de un PCP de Molina Dual Options son necesarias para que un miembro reciba servicios especializados; sin embargo, no se requiere una autorización previa. Se le permite a los miembros acceder directamente a los especialistas de la salud de mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estas incluyen:

- Radiografías

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones al hospital
- Cuidado 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 al consultorio de este.

Su elección de PCP

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

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red del plan, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP dentro de la red si el que tiene ahora deja nuestra red.

Recuerde que los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, puede estar cambiando también grupos médicos. Cuando solicite el cambio, asegúrese de comunicarle al Departamento de Servicios para Miembros si está viendo a un especialista u obteniendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación del PCP. El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que pueda continuar con su atención especializada cuando cambie su PCP.

Usted puede cambiar a su médico de atención médica primaria (PCP) en cualquier momento. En la mayoría de los casos, los cambios serán vigentes el primer día del siguiente mes calendario. Puede haber excepciones si actualmente está recibiendo un tratamiento al momento de su solicitud de cambio de PCP. Puede cambiar a su PCP a través de su página web personal en www.mymolina.com o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare y sobre las solicitudes para cambiar a su PCP. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención médica requerida urgentemente recibida por parte de proveedores de la red.
- Atención médica requerida urgentemente recibida por parte de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener la diálisis mientras está lejos).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la Neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede acudir a estos proveedores sin una remisión previa.
- Servicios de enfermera partera, planificación familiar, pruebas de HIV y asesoramiento, tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STD).

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Como miembro, usted no está limitado a especialistas específicos. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Se pueden requerir remisiones de su PCP para recibir servicios especializados; se les permite a los miembros acceder directamente a los especialistas de la salud de mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o por correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa.

D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan

Un proveedor de la red que está utilizando podría abandonar nuestro plan. Si esto sucede, tendrá que cambiar a un nuevo proveedor. Los proveedores deben ser parte de la red de Molina Dual Options. Consideraremos un período de cambio para que empiece a recibir la atención del nuevo proveedor. Si su PCP abandona Molina Dual Options, le avisaremos. Lo ayudaremos a cambiarse a un nuevo PCP para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos si cumple con los siguientes requisitos:

- Padece de una afección crónica grave debido a una enfermedad u otro trastorno o problema médico de naturaleza grave y que:
 - Persiste sin una curación completa o empeora durante un período prolongado, o bien
 - requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar que empeore.

En este caso, puede continuar recibiendo tratamiento de su doctor u hospital actual durante un máximo de 12 meses.

- Sufrió una afección aguda, es decir, un problema médico que comienza rápidamente y necesita una atención urgente. Una afección aguda generalmente dura menos que una afección crónica grave. En este caso, puede continuar recibiendo atención de su doctor u hospital actual mientras dure la afección aguda.
- Su hijo es un recién nacido o tiene hasta 36 meses de edad. En este caso, su hijo puede continuar recibiendo atención de su doctor u hospital actual durante un máximo de 12 meses.
- Usted padece de una enfermedad terminal. Si sufre una enfermedad de la que no se espera que se recupere, puede continuar recibiendo atención de su doctor u hospital actual mientras dure la enfermedad.
- Presenta una documentación escrita del diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica materna por parte del proveedor de atención médica que la atiende. Una "enfermedad psiquiátrica materna" significa una enfermedad psiquiátrica que pueda afectar a una mujer durante un embarazo, antes del parto o posparto, o bien que surja durante el embarazo en el período antes del parto o posparto, hasta un año después de dar a luz. Si padece de una enfermedad psiquiátrica materna, podría continuar recibiendo atención de su doctor u hospital actual durante un máximo de 12 meses a partir del diagnóstico o hasta el final del embarazo, lo que suceda más tarde.
- Recibió una autorización para una cirugía u otro procedimiento que se llevará a cabo dentro de 180 días a partir de la fecha en que su doctor o el hospital ya no formará parte de Molina Healthcare, o dentro de 180 días a partir de la fecha de su inscripción en Molina Healthcare.

Si su proveedor abandona la red del plan, pero se mantiene en el área de servicio, y a usted le diagnostican una enfermedad psiquiátrica materna, puede seguir recibiendo atención. Puede seguir recibiendo servicios cubiertos para esta enfermedad durante un máximo de 12 meses desde el diagnóstico o hasta el final del embarazo, lo que suceda más tarde.



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

Si necesita atención médica que requiere que nuestro plan cubra, y los proveedores en nuestra red no pueden suministrar esta atención médica, incluidos los Servicios y Apoyo a Largo Plazo, puede obtener esta atención médica de un proveedor fuera de la red. Los servicios fuera de la red necesitan una autorización previa. Usted o su proveedor puede solicitar esta autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si usted recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare/Medicaid ni el plan serán responsables de los costos. Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

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

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

Entre los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), se incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP) y Centros de enfermería (NF). Los servicios pueden proporcionarse en su hogar, comunidad o en un centro de atención médica. Los diferentes tipos de LTSS se describen a continuación:

- **Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS):** Programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y terapia del habla, cuidado personal, apoyo y formación de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si reúne los criterios de elegibilidad aplicables.
- **Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP):** Un programa específico de California que proporciona Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) a clientes frágiles y ancianos que son certificables para su colocación en una residencia para ancianos pero que desean permanecer en la comunidad.
 - Los individuos elegibles para Medi-Cal que tengan 65 años o más con discapacidades pueden calificar para este programa. Este programa es una alternativa a la colocación en una residencia para ancianos.
 - Los servicios MSSP pueden incluir, entre otros, los siguientes: Centro de apoyo/atención diurna para adultos, asistencia para la vivienda como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia, asistencia de cuidado personal y de tareas, supervisión de protección, administración de cuidados y otros tipos de servicios.
- **Centro de enfermería (NF):** Un centro de cuidados que brinda atención a personas que no pueden vivir de forma segura en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Su Administrador de Casos lo ayudará a entender cada programa. Para obtener más información acerca de cualquiera de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por uso de sustancias)

Tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Molina Dual Options ofrece servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Los servicios de salud conductual cubiertos de Medi-Cal no son proporcionados por Molina Dual Options, pero estarán disponibles para los miembros elegibles de Molina Dual Options a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles.

F1. Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se proporcionan fuera de Molina Dual Options a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles

Los servicios para salud mental especializada de Medi-Cal están a su disposición a través del Plan de Salud Mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica para servicios para la salud mental especializada de Medi-Cal. Los servicios para la salud mental especializada de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles incluyen:

- Servicios para la salud mental (evaluación, rehabilitación, terapia, colateral y desarrollo del plan)
- Servicios de apoyo de medicamentos
- Tratamiento diario intensivo
- Rehabilitación por día
- Intervención de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial de crisis
- Servicios en centros psiquiátricos de salud
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados
- Servicios de administración de casos específicos

Los servicios de Drug Medi-Cal están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles si usted cumple con los criterios de necesidad médica de Drug Medi-Cal. Entre los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles, *se incluyen los siguientes*:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento en el hogar
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento de estupefacientes

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Servicios con Naltrexone para la dependencia de opioides

Además de los servicios de medicamentos de Medi-Cal antes mencionados, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación en el hospital, si cumple con los criterios de necesidad médica.

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

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

Si está recibiendo servicios o necesita obtener servicios de salud mental especializada de Medi-Cal o servicios de medicamentos que están disponibles para usted por medio del Plan de Salud Mental del Condado (MHP), los Administradores de Casos de Molina pueden ayudar a referirlo a los recursos del condado apropiados para una evaluación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. También puede comunicarse con el Condado directamente. Consulte los números del condado apropiados en la información anterior.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Molina Dual Options ofrece transporte hacia y desde locaciones aprobadas por el plan, donde usted recibe servicios cubiertos, tales como:

- El consultorio de su PCP o proveedor
- Una clínica u hospital
- Una terapia o consulta de salud conductual
- El consultorio de su dentista u oculista

Además, puede llamar y solicitar un traslado a la farmacia para recoger sus medicamentos recetados, incluso sin tener una cita médica. Si necesita recoger sus medicamentos recetados cuando esté camino a casa desde el consultorio de su proveedor, pídale a su proveedor de atención médica que solicite sus medicamentos recetados a la farmacia para que estos estén listos cuando usted llegue. Informe al conductor que necesita detenerse en la farmacia cuando esté de regreso a casa.

Para coordinar el servicio de transporte, o si tiene alguna pregunta, llame al (844) 644-6357. Llame lo antes posible y al menos setenta y dos (72) horas antes de una cita de rutina para programar su traslado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

H1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

- Serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; **o**
- Grave daño en las funciones corporales; **o**
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
 - La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. **No** es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros lo puede encontrar en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Usted puede recibir atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

- Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. Cubrimos su cuidado de seguimiento. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible. Molina Dual Options cubrirá los servicios de posestabilización médicamente necesarios que sean proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red en cualquiera de las siguientes situaciones:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- El plan ha autorizado estos servicios.
- Estos servicios se administraron para mantener y estabilizar la condición del miembro.

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

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

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

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

H2. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

La atención médica requerida urgentemente es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una condición existente y necesita someterse a tratamiento.

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

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

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

Sin embargo, si usted no puede conseguir un proveedor de la red, nosotros cubriremos la atención médica requerida urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al (888) 275-8750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H3. Atención médica durante un desastre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Que son determinados médicamente necesarios, **y**
- Que se describen en la Tabla de beneficios del plan (consulte el capítulo 4), **y**
- Que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

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

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

En el Capítulo 9 se explica qué debe hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información acerca de sus derechos de apelación.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Solicitan voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

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

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

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

Usted debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su Administrador de Casos debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



J3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica

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

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

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

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

Usted podrá optar por recibir atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Parte A (servicios no médicos de atención médica). Medicare solo pagará por servicios no médicos de atención de la salud brindados por institución religiosa no médica dedicada a la salud.

K2. Obtener atención médica en una institución religiosa no médica dedicada a la salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica dedicada a la salud, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamientos médicos “no exceptuados”.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital. (Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

DME se refiere a algunos artículos ordenados por un proveedor para su uso en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

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

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

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

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

Nota: Puede encontrar definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el Manual *Medicare y Usted 2020*. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos	45
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	45
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	45
D. La Tabla de beneficios	46
E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options	84
E1. California Community Transitions (CCT)	84
E2. Programa dental de Medi-Cal	85
E3. Cuidado paliativo	85
F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Medi-Cal	86



A. Sus servicios cubiertos

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

Puesto que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al Administrador de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

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

C. Tabla de beneficios de nuestro plan


La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos por los servicios descritos en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.


- Los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal se deben proporcionar de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y de uso de sustancias, los servicios y la asistencia a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, para evitar enfermedades significativas o discapacidad significativa o para aliviar un dolor intenso.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.





- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no necesita ninguna.
- Debe recibir atención de los proveedores están afiliados con el grupo médico de su PCP. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan primero una autorización previa están marcados en el Tabla de beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener primero una autorización previa para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de beneficios:
 - Procedimientos cosméticos, plásticos y reconstructivos
 - Pruebas neuropsicológicas, así como tratamientos y pruebas psicológicas
 - Medicamentos de la farmacia de especialidad
 - Estudios del sueño
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana  al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.
- Los servicios Care Plan Optional (CPO) pueden estar disponibles bajo su Plan de cuidados individualizado. Estos servicios le brindan más ayuda en casa, como comidas, ayuda para usted y su cuidador, o barras de apoyo y rampas para la ducha. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente, pero **no** reemplazan los servicios y asistencia a largo plazo (LTSS) que usted está autorizado a recibir según Medi-Cal. Entre los ejemplos de servicios CPO que Molina Dual Options ha ofrecido se encuentran los siguientes: Sistema personal de auxilio para emergencias y comidas. Si necesita ayuda o desea saber de qué manera los servicios CPO pueden ayudarlo, comuníquese con su coordinador de cuidados.

D. La Tabla de beneficios

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagaremos solo una vez para un examen preventivo de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Acupuntura</p> <p>Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura ambulatorios en cualquier mes natural o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagaremos por un examen de detección de abuso de alcohol (SBIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de atención primaria capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.</p>	\$0
	<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por tierra, de ala fija y helicópteros. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por nosotros.</p> <p>En algunos casos que no son emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	\$0
	<p>Visita preventiva anual</p> <p>Puede hacerse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagaremos por esto una vez cada 12 meses.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Mediciones de masa ósea</p> <p>Pagaremos por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagaremos por un médico para que examine y comente sobre los resultados.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagaremos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
	<p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</p> <p>Pagaremos por una consulta anual, o más de ser médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la consulta, es posible que su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hable sobre el uso de la aspirina, • Mida su presión arterial, o • Le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagaremos por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. 	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años de edad y mayores, pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses. • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses. • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba fecal inmunoquímica cada 12 meses. • Examen de detección colorrectal basado en ADN, cada 3 años. • Colonoscopia cada 10 años (pero no dentro de los 48 meses después un examen preventivo de sigmoidoscopia). • Colonoscopia (o examen preventivo de enema de bario) para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cada 24 meses. 	\$0


Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)*</p> <p>CBAS es un programa de servicios basado en un centro de atención médica ambulatoria donde las personas asisten de acuerdo con un cronograma. Proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, tratamientos (incluidos físico, ocupacional y del habla), cuidado personal, capacitación de familia/cuidador y asistencia, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos por CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si un centro CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.</p>	\$0
	<p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos intentos para dejar el tabaco en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento incluye hasta cuatro consultas personales con asesoramiento. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubre asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si usted está embarazada, puede recibir asesoramiento ilimitado con autorización previa para dejar de fumar tabaco*.</p> <p>El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	\$0
	<p>Servicios dentales*</p> <p>El programa dental de Medi-Cal Dental ofrece determinados servicios dentales, incluidos limpiezas, empastes y dentaduras. Consulte la Sección E para obtener más información sobre este beneficio.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de depresión</p> <p>Pagaremos por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.</p>	\$0


Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Suministros, servicios y capacitación para la autogestión diabética</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Un monitor de glucosa en sangre • Tiras de prueba de glucosa en sangre • Lancetas y dispositivos para lancetas • Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Cubriremos otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros. • Para personas con diabetes que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagaremos lo siguiente*: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida con el ajuste incluido (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural, ◦ ◦ Un par de zapatos de profundidad con el ajuste incluido y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos). • Pagaremos por capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. Para obtener más información, contacte al Departamento de Servicios para Miembros. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de “Equipo médico duradero” [DME], consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Están cubiertos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Almohadilla de presión seca para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar • Bomba de infusión intravenosa (IV) y tubo • Bomba enteral y suministros • Dispositivos de asistencia para el habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo • Tracción cervical (puerta basculante) • Estimulador del hueso • Equipo para la atención de la diálisis <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal suelen pagar. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p>	<p>\$0</p>




	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; ○ • Grave daño en las funciones corporales; ○ • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○ • En caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. <p>La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si el plan aprueba su permanencia.</p>




Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • Suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico asociado o por un proveedor no asociado, en el caso de una emergencia médica. • Atención de seguimiento por cualquier problema que tenga al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar. • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) • Asesoramiento y pruebas para detectar HIV, AIDS y otras condiciones relacionadas con el HIV • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días antes, pero no más de 180 días antes, de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético <p>También pagaremos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá consultar a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el AIDS y otras condiciones relacionadas con el HIV • Pruebas genéticas* <p>Para obtener información sobre los servicios de planificación familiar disponibles para usted en su área, llame al Departamento Estatal de Servicios de Salud, Oficina de Planificación Familiar, sin costo al 1 (800) 942-1054.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota: Algunos hospitales y otros proveedores no podrán proporcionarle algunos de los servicios de planificación familiar que pueden estar cubiertos por el contrato de su plan. Estos pueden incluir servicios y asesoramiento para la planificación familiar, incluidos la anticoncepción de emergencia, la esterilización (incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o el aborto. Llame a su médico, grupo médico o clínica, o llame al Departamento de Servicios para Miembros sin costo al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para asegurarse de que pueda obtener servicios de atención médica que necesita. 	
	<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Algunas de ellas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de Educación de la salud*; • Clases de educación nutricional*; • Programa para dejar de fumar; y • Línea directa de enfermería. 	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de audición</p> <p>Pagamos por pruebas de equilibrio y audición realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de audición rutinario por año • Un ajuste/evaluación de audífonos cada dos años <p>Si está embarazada o vive en un centro de enfermería, también pagaremos por aparatos auditivos, incluidos los siguientes*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, materiales y plantillas • Reparaciones que cuestan más de \$25 por reparación • Un grupo inicial de baterías • Seis consultas de capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que obtenga el audífono • Alquiler, en periodo de prueba, de audífonos • Los aparatos auditivos están cubiertos de acuerdo con las pautas de la cobertura de Medi-Cal. 	\$0
	<p>Examen de detección de HIV</p> <p>Pagamos por un examen preventivo de HIV cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soliciten una prueba de detección de HIV <input type="radio"/> • Están en mayor riesgo de infección por HIV. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de detección de HIV durante el embarazo.</p>	\$0




	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio.</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidado paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio <p>Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita un cuidado distinto al cuidado paliativo, debe llamar a su Administrador de Casos para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare se encarga de pagar los servicios de cuidados paliativos y los servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su enfermedad terminal. Molina Dual Options no paga por sus servicios.</p> <p>No hay gastos de su bolsillo para miembros por servicios cubiertos.</p>



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



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en hospital para pacientes internados*</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, tales como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en hospital para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales tienen voluntad de aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si el Molina Dual Options provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y elige obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Para obtener más información sobre el trasplante y los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluyendo su conservación y administración • Servicios del médico 	
	<p>Atención médica mental para pacientes internados*</p> <p>Pagaremos por servicios de atención mental que requieren de una estadía en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos durante los primeros 190 días. Luego, la Agencia de salud mental local del condado pagará por los servicios psiquiátricos para pacientes internados que son médicamente necesarios. La autorización para el cuidado más allá de los 190 días será coordinada con la Agencia de salud mental local del condado. <ul style="list-style-type: none"> ◦ El límite de 190 días no aplica a los servicios para la salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagaremos por los servicios recibidos en un Instituto para enfermedades mentales (IMD). 	\$0




	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y médicamente necesaria, no pagaremos por esta.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, aún podemos pagar los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos), o ◦ Sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.





	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención médica. Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de Educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. • Entrenamiento en autodiálisis, incluyendo entrenamiento para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio. • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de la parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 80 años, y • Tiene una cita de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p>Beneficio de comidas*</p> <p>Este programa está diseñado únicamente para mantenerlo saludable y fuerte mientras se está recuperando después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada. Si califica, su administrador de caso del plan lo inscribirá en el programa.</p> <p>También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su condición crónica.</p> <p>El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan cubrirá las tres horas de los servicios de asesoramiento personal durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagaremos las dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	\$0
	<p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dieta a largo plazo, y • aumento de actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico. • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano. • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® o Epoetin Alfa). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	<p>\$0</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP)*</p> <p>MSSP es un programa de administración de casos que proporciona Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) a las personas elegibles de Medi-Cal.</p> <p>Para ser elegible, usted debe ser tener 65 años de edad o más, vivir en un lugar dentro del área de servicio, poder ser atendido dentro de las limitaciones de costo del MSSP, ser apropiado para la administración de cuidados, ser elegible actualmente para Medi-Cal y estar certificado o tener capacidad para certificarse para ser ubicado en un centro de enfermería.</p> <p>Entre los servicios MSSP, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de apoyo/cuidado diurno para adultos • Asistencia para la vivienda • Asistencia de cuidado personal y de tareas • Supervisión de protección • Administración de cuidados • Cuidado temporal de relevo • Transporte • Servicios de comida • Servicios sociales • Servicios de comunicaciones <p>Este beneficio está cubierto hasta \$4,285 por año.</p>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Transporte médico que no sea de emergencia*</p> <p>Este beneficio ofrece el transporte más accesible y económico. Esto puede incluir lo siguiente: ambulancia, furgoneta, servicios de transporte médico de furgoneta para sillas de ruedas y coordinación con para tránsito.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otra forma de transporte público o privado. • El transporte es necesario con el propósito de obtener servicios necesarios de atención médica. • Su médico debe presentar una receta escrita para el transporte, llamada formulario de Declaración de Certificación del Médico (PCS), que incluye el motivo de la solicitud, el tiempo de la solicitud (máximo de 12 meses) y el modo de transporte necesario. <p>De acuerdo con el servicio, puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Para más información sobre cómo obtener este servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p>	\$0
<p>Transporte no médico</p> <p>Este beneficio permite el transporte de los servicios médicos por automóvil, taxi u otras formas de transporte público y privado.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Puede usar este beneficio cuando necesite ir y venir de servicios y lugares aprobados por el plan que son elegibles para el transporte no médico cubierto por Medicaid. No hay límites para la cantidad de viajes que puede realizar cada año. De acuerdo con el servicio, puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.




	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Transporte no médico (continuación)</p> <p>Cómo programarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al (844) 644-6357, TTY: (844) 292-2690 o 711. • Para citas médicas de rutina (no urgentes), debe llamar al menos setenta y dos (72) horas antes de su cita para reservar su viaje. • Puede hacer esta llamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Los pedidos para reservas de rutina no se aceptarán en días festivos nacionales (incluidos Año Nuevo, el Día de los Caídos, el 4 de julio, el día del Trabajo, el día de Acción de Gracias y Navidad). • Para citas urgentes / del mismo día, altas de instalaciones o para averiguar dónde está su viaje, llame las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. • Las reservaciones se pueden hacer hasta con noventa (90) días por adelantado. • Las reservaciones para repetir citas para temas como quimioterapia, radiación, terapia física o diálisis se pueden programar durante un periodo de noventa (90) días por vez. <p>“Llamará” para viajes de regreso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para viajes de regreso, cuando no sepa cuánto durará su cita médica, llame al (844) MY-RIDE o (844) 697-4337 para programar el viaje. Nuestro proveedor de transporte tiene hasta una (1) hora desde el momento en que llama para recogerlo. <p>¿Quién puede solicitar transporte?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros que tengan un mínimo de dieciséis (16) años. • El padre/madre, tutor legal o representante autorizado del miembro. • El Administrador de Casos del Plan de Salud u otro representante del plan, el Delegado del Plan de Salud, otros proveedores médicos y/o establecimientos. 	



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería*</p> <p>(Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión).</p> <p>Un Centro de Enfermería (NF) es un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagaremos incluyen, sin limitación, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica. (Esto incluye sustancias que naturalmente están presentes en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • Materiales médicos y quirúrgicos habitualmente suministrados por centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio habitualmente administradas por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores médicos. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios de la vista. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos • Cuidado quiropráctico • Servicios de podología <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia para ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione la atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que se retire del hospital. 	
	<p>Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos por servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides*</p> <p>Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas) 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios técnicos* • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos* • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones* • Pruebas de laboratorio* • Sangre, incluida su conservación y administración.* Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias* 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos por los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarlo en el hospital como "paciente interno". ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre pacientes internados y pacientes ambulatorios en la siguiente ficha técnica: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo. 	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención médica mental ambulatoria</p> <p>Pagaremos por los servicios para la salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico o un psiquiatra autorizado por el estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Una enfermera especializada • Un auxiliar médico • Cualquier otro profesional de atención médica de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes aplicables <p>Pagaremos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento durante el día • Servicios de rehabilitación psicosocial • Programas de hospitalización parcial/intensivos para pacientes ambulatorios • Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo • Evaluaciones psicológicas cuando son indicadas clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos • Suplementos, medicamentos, suministros y laboratorio para pacientes ambulatorios • Consulta psiquiátrica 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</p> <p>Pagaremos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Tratamiento de la drogadicción • Asesoramiento individual o grupal de un clínico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial • Servicios para tratar el abuso de alcohol y la drogadicción en un centro de tratamiento intensivo ambulatorio • Tratamiento con liberación prolongada de naltrexona (vivitrol) 	\$0
<p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>Pagaremos por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	\$0
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Cubrimos productos de OTC sin receta como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicinas para la tos/el resfriado y vendas. Obtiene \$60.00 cada 3 meses que puede gastar en artículos aprobados por el plan. Su asignación mensual está disponible para usar en enero, abril, julio y octubre. Cualquier monto en dólares que no use se pasará a los siguientes 3 meses. Asegúrese de gastar todo antes de fin de año porque expira al final del año natural. El envío no le costará nada.</p> <p>No necesita una receta médica de su médico para comprar productos OTC.</p> <p>Puede ordenar llamando al 866-420-4010, en línea en www.MolinaHealthcareOTC.com o por correo postal. Revise su catálogo de artículos de venta sin receta médica para obtener más información y una lista completa de los artículos de OTC o póngase en contacto con el plan.</p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.</p>	\$0


Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Consultorio del médico ◦ Centro de cirugía ambulatoria certificado* ◦ Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital* • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vea a su médico de atención primaria para una remisión antes de ir a ver a un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria, si su médico lo indica, para determinar si necesita tratamiento • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Revisión virtual (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su proveedor de una duración de 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que le haya enviado a su médico, se le dará una explicación y se le realizará un seguimiento médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su doctor tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.




	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una segunda opinión por otro proveedor de la red antes de realizar un procedimiento médico • Atención dental no rutinaria*. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ◦ Ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos faciales ◦ Extracción de dientes antes de los tratamientos con radiación de cáncer neoplásico ◦ Servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico 	
	<p>Servicios de podología</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes 	\$0
	<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, pagaremos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Examen de un antígeno prostático específico (PSA). 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Pagaremos por los siguientes dispositivos ortopédicos y tal vez otros dispositivos que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos los juegos de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Piernas y brazos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para sustituir una parte del cuerpo facial externa (de forma total o parcial) que ha sido retirada o alterada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Pañales y crema para la incontinencia. <p>También pagaremos por algunos materiales relacionados con dispositivos ortopédicos. También pagaremos para reparar o reemplazar dispositivos ortopédicos.</p> <p>Ofrecemos alguna cobertura después de la remoción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Nosotros pagaremos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de un ventilador.</p>	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>Cubriremos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio de prevención únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>Nuestro plan cubre las internaciones en un SNF dentro y fuera de Medicare sin que se requiera una hospitalización previa.</p> <p>Pagaremos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de cuidado; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación • Sangre, incluyendo su conservación y administración • Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería • Servicios de médicos/proveedores <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted abandona el hospital 	\$0


Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.




Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (EET)</p> <p>El plan pagará por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tengan una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero especializado/enfermero clínico capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte. 	\$0
<p>Atención médica urgente</p> <p>La atención médica urgente es la atención proporcionada para el tratamiento de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una no emergencia que requiera atención médica urgente, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una lesión, o • Una afección que requiere atención inmediata. <p>Si requiere atención médica urgente, primero debe tratar de obtenerlos de un proveedor de la red. Sin embargo, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red.</p> <p>No se proporciona cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Cuidado para la vista</p> <p>Cubriremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de los ojos rutinario por año; y • Hasta \$ 100 para anteojos (monturas y lentes) o hasta \$ 100 por lentes de contacto cada dos años. <p>Nosotros pagaremos por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad.</p> <p>Para las personas con mayor riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos mayores de 50 años • Hispanoamericanos de 65 años o más <p>Pagaremos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía). También pagaremos por lentes correctivos y monturas, así como reemplazos si los necesita después de una operación de cataratas sin un implante de lente.</p>	\$0



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

E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Dual Options, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

E1. California Community Transitions (CCT)

El programa de Servicios de Transición a la Comunidad (CCT) de California usa organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en un centro de internación durante al menos 90 días consecutivos y que desean volver y permanecer seguros en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el período previo a la transición y durante 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar nuevamente a un entorno comunitario.

Usted puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder contratada de CCT que opere en el país donde vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados en los que se desempeñan en la página web del Departamento de servicios de atención médica: <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

Para servicios de coordinación de transición de CCT:

Medi-Cal pagará por los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios que no están relacionados con su transición de CCT:

El proveedor facturará sus servicios a Molina Dual Options. Molina Dual Options pagará los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras reciba servicios de coordinación de la transición de CCT, Molina Dual Options pagará los servicios que están enumerados en la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo.

Ningún cambio en el beneficio de cobertura de medicamentos de Molina Dual Options:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Los medicamentos no están cubiertos por el programa CCT. Usted seguirá recibiendo su beneficio de medicamentos habitual a través de Molina Dual Options. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidado de transición que no sea de CCT, llame a su Administrador de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para coordinar los servicios. El cuidado de transición que no sea de CCT es aquel que no está relacionado con su transición de una institución/centro.

E2. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal (Denti-Cal); por ejemplo, servicios tales como:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamiento con fluoruro
- Restauraciones y coronas
- Terapia de endodoncia
- Dentaduras, ajustes, reparaciones y rebasado de dentadura postiza

Los beneficios dentales están disponibles en el programa de pago por cada servicio de Denti-Cal. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Denti-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente para beneficiarios de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes del programa Denti-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información, también puede visitar la página web de Denti-Cal en <https://www.denti-cal.ca.gov/>.

Además del pago por servicio de Denti-Cal, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de cuidado dental administrado. Los Planes de cuidado dental administrados están disponibles en el Condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o quiere cambiar su plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.

E3. Cuidado paliativo

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal (excepto la atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente):

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

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

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

Nota: Si necesita cuidado no paliativo, llame a su Administrador de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Medi-Cal

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que no pagaremos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal no pagarán por ellos tampoco.

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

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

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

- Servicios considerados como "no justificados ni médicamente necesarios", de acuerdo con las normas de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 41 para tener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Exámenes físicos deportivos solicitados por la escuela o para deportes recreativos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es necesario desde el punto de vista médico y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Los honorarios cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagaremos por la reconstrucción del seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Artículos para el confort y la comodidad personal.
- Completar formularios, como de discapacidad; del Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y del Departamento de Vehículos de Motor (DMV).
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.
- Para revertir intervenciones de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Ningún servicio está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios de emergencia que requieran de hospitalización en Canadá o México.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Usted aún será responsable de pagar su monto de costo compartido.
- Medicamentos de venta libre (OTC) (a menos que se los apruebe).
- Circuncisiones por elección.



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

Introducción

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

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

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

1. Un médico u otro proveedor debe redactar su receta médica. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención médica primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención médica primaria lo refirió.
2. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
3. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos “lista de medicamentos” para abreviar.
 - Si no está en la lista de medicamentos, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.
4. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas	91
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica	91
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica	91
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	91
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	91
A5. Cómo usar una farmacia especializada	92
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos	92
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	93
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan	94
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica	94
B. Lista de medicamentos del plan	94
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos	95
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	95
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos	95
B4. Categorías de la Lista de medicamentos	96
C. Límites para algunos medicamentos	96
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	98
D1. Obtener un suministro temporal	98
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	100
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	102
F1. Si está internado en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan.	102
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo	102
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	102



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 103

 G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 103

 G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos 103

 G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus
 medicamentos con opioides de manera segura 104



A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

En la mayoría de los casos, pagaremos por las recetas médicas **solo** si se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una droguería que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación del miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará su medicamento recetado cubierto.

Si no tiene la tarjeta de identificación del miembro al surtir una receta médica, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo e instrucciones especiales acerca de su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Casos.

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

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

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

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 10 días. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir un suministro provisional de su receta médica al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local si su pedido se retrasa.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

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

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

Una vez que la farmacia reciba la receta médica de un proveedor de atención médica, lo contactará a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en un futuro.

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

3. Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo

Para la renovación de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado Programa de resurtido y renovación automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

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

Para cancelar su suscripción al Programa de resurtido y renovación automática que prepara automáticamente los pedidos de resurtido por correo, contáctenos al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

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

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

En estos casos, le pedimos que primero se comunique con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

Para conocer más sobre esto, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de medicamentos del plan

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos en sus beneficios de Medi-Cal.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de marca, como BYSTOLIC y los medicamentos genéricos, como *metoprolol*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en www.MolinaHealthcare.com/Duals. La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Consulte a su Administrador de Casos para averiguar si un medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos, debido a que la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos Parte D y de Medi-Cal) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B tienen cobertura gratuita de Molina Dual Options, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle algún medicamento para tratar su condición, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar la condición. Esto se llama uso fuera de lo indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

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

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

B4. Categorías de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se incluye en uno de las tres (3) categorías. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre [OTC]).

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

Para conocer en qué categoría se encuentra un medicamento, consulte la Lista de medicamentos.

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

C. Límites para algunos medicamentos

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

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

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán a usted la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca cuando existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca.

2. Obtención de aprobación previa del plan

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

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, deseamos que utilice medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de cubrir medicamentos de mayor precio. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y los costos del medicamento A son menores que los del medicamento B, podemos exigirle que intente usar primero el medicamento A.

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

4. Límites de cantidades

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

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a servicios para miembros o consulte nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

D1. Obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que haya estado tomando:
 - Ya no está en nuestra Lista de medicamentos o
 - Nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año natural.**
 - Este suministro provisional se otorgará por hasta 60 días.
 - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 60 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Este suministro provisional se otorgará por hasta 60 días.
- Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 60 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 31 días o menos si su receta médica sea por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.
 - Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia escalonada o dosis limitada, cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Esto es solo para medicamentos de Medicare Parte D cubiertos y no se aplica a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y comprados en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red
 - Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

○

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos. O puede solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, él o ella pueden ayudarlo a pedirla.



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

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

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

- Consulte nuestra Lista de medicamentos actualizada en línea en www.MolinaHealthcare.com/Duals **o**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para ver la lista actual de medicamentos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que es tan efectivo como alguno de los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.

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

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

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

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

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos
 - Cambiar las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan:

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

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Él o ella lo podrá ayudar a decidir:

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

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma que no lo afecten ahora. Sin embargo, si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, por lo general, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si se lo interna en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Usted no tendrá que pagar un copago. Cuando se le dé el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

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

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

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

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

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

- Si está afiliado a un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad que no cubre 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 cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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

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

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué hacer para obtener el mejor uso de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace.

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

Los Programas de Administración de la Terapia con Medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecue a sus necesidades, lo inscribiremos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con servicios para miembros o el administrador de su caso.

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

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

Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que está en riesgo por mal uso o abuso de sus medicamentos con opioides o benzodiazepina podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

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

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

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que le receta pueden presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicar a usted si:

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



Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Introducción

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

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Usted puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Tabla de contenidos

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	107
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	107
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	108
C1. Nuestras categorías	108
C2. Sus opciones de farmacia	108
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	109
C4. Lo que paga usted	109
D. Vacunas	110
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	110



A. La Explicación de beneficios (EOB)

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

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

Cuando obtenga medicamentos recetados por medio del plan, le enviaremos un informe llamado *Explicación de beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El informe le indica los medicamentos recetados que usted recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nosotros pagamos, y lo que usted y, otros que pagan por usted, pagaron.
- **Información del “Año hasta la fecha”**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1.º de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos por los que usted ha pagado. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.

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

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe dentro del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra los medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

4. Revise los informes que le enviemos.

Cuando usted obtenga la *Explicación de beneficios* por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si usted considera que algo no está correcto o falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

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

C1. Nuestras categorías

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

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

C2. Sus opciones de farmacia

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 en este manual y en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que paga usted

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Categoría 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 de costo compartido (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 3 de costo compartido (medicamentos de venta libre [OTC]/ medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D. Vacunas

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

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

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

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



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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	112
B. Cómo enviar una solicitud de pago	113
C. Decisión de cobertura	114
D. Apelaciones	114



A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por sus servicios cubiertos y medicamentos ya recibidos. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 158.

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

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

A continuación, enumeramos ejemplos de los casos en que puede necesitar que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió:

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

Debe pedirle al proveedor que nos facture.

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

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

Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación del miembro del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si le dan alguna factura.**

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

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

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.

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

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

- Es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o que haya un requisito o una restricción que desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total de este.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Para servicios médicos:

Molina Dual Options
Attn: Molina Dual Options Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):

Molina Dual Options
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o el medicamento está cubierto por nuestro plan. También decidiremos la suma de dinero, si corresponde, que debe pagar por la atención médica o los medicamentos.

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

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

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

D. Apelaciones

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

- El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reintegro por un servicio de atención médica, consulte la página 158.
- Si desea presentar una apelación sobre un reintegro por un medicamento, consulte la página 159.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades	116
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	124
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	124
C1. Cómo protegemos su PHI	125
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos	125
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos	132
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	133
F. Su derecho a dejar nuestro Plan Cal MediConnect	133
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	133
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	133
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	134
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	135
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	135
H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	135
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	136



A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora local para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su Administrador de Casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Arabic and in formats such as large print, braille, or audio. To make a standing request to get materials in a language other than English or in an alternate format now and in the future, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 541-5555, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time) to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Case Manager for help with standing requests.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can also file a complaint with Medi-Cal by calling the Cal MediConnect Ombudsman at 1-855-501-3077. TTY users should call 711.

A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalam sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras .
- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo. Tinatawag itong palagiang kahilingan. Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipapadala kaming impormasyon sa inyo. Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika. Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng isang kinatawang gawin o baguhin ang palagiang kahilingan. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa. Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.



- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해 드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에 . 회원 서비스로 연락하십시오.
- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните в отдел обслуживания участников. В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени .

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию. Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел. (800) 541-5555, ТТУ: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык. Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по тел. (855) 665-4627, ТТУ: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос. Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обращаться к координатору медицинских услуг.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер ТТУ для лиц с нарушениями слуха: 711.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能夠理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以為您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，TTY：711，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們 24 小時全天候接聽您的電話。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向 Medi-Cal 提出投訴：致電 Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼為 1-855-501-3077。TTY 使用者請撥 711。



أ- **حَقْكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةِ تَلْبِي أحتياجاتك**

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفراداً بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627 ، لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائماً باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلباً مستمراً. وسوف نتتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 541-5555-800 ، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي) لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627 ، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman على الرقم 1-855-501-3077 بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលជឿជាក់លោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចផ្តល់យោបល់ជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអង់គ្លេស ភាសាស៊ី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហ៊ីយមានទូរង់ទូរយជាភាសាបោះពុម្ពព័ត៌មាន អកុសរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្រាលដៃ។ ដើម្បីសុំស៊ុដដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយកុំភ្លេចភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មបម្រើសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។



- អ្នកអាចសុំសំណុំអាយព្យកយឹងដូចជាអ្នកជានិច្ចចុះនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្តរយ័យ។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្តរយ័យរបស់អ្នក ដូចនេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដដែលដូចព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកទ្វីយ។ ដើម្បីទទួលបានហេតុការណ៍ជាភាសាដដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសសេនា: សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ(800) 541-5555, TTY: 711 ចុងច្រើនៗ ដល់ចុងស្តែក ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្តែក) ដើម្បីជ្រើសរើសបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានហេតុការណ៍ជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាមជ្ឈមណ្ឌលលេខ(855) 665-4627, TTY: 711 ចុងច្រើនៗដល់ ចុងស្តែក ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្តែក។ អ្នកតំណាងមុនអាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្តល់សំណើដដែលមានជាអចិន្តរយ័យនេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរៀងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើ។

បុរសសិបិអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរស័ព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ1-855-501-3077 ។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 711។

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

بايد مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهيم که بتوانيد آنها را درک کنید. بايد هر سالی که در طرح ما هستيد، حقوقتان را به شما خاطر نشان کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که بتوانید آن را درک کنید، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
 - همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای درخواست جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711، TTY: 711، (855) 665-4627، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
 - می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما حساب درخواست دائمی شما را نگه می‌داریم تا لازم نباشد که هر بار که برایتان اطلاعات ارسال می‌کنیم به طور جداگانه درخواست کنید. برای دریافت این نوشتار به زبانی غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره: TTY: 711، (800) 541-5555، (800) 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. برای دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711، TTY: 711، (855) 665-4627، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.



A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակովով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր խստահարներին, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոսքը տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մետական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:
- Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մետական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մետական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մետական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մետական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յար օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ զանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:



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

Si tiene dificultades para obtener atención médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención médica primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Las mujeres tienen derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a alguien que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa.
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene el derecho a mantener a sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio hasta por 12 meses si se cumplen ciertos criterios. Para obtener más información sobre cómo mantener sus autorizaciones de servicio y proveedores, consulte el Capítulo 1.
- Tiene el derecho a un cuidado autodirigido con la ayuda de su Administrador de Casos y su equipo de cuidado.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se usa su PHI. Le entregamos un aviso escrito que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

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

En la mayoría de las situaciones, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, se nos exige obtener primero un permiso por escrito de usted. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

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

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Se nos exige divulgar PHI por orden del tribunal.
- Estamos obligados a dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle un cargo para hacer una copia de su historia clínica.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

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

Su privacidad

La privacidad de cada miembro es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina su PHI?

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

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

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

- Mantener en privado su PHI.
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su PHI.
- Seguir los términos de nuestra Notificación de las normas de privacidad.

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

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presente su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Lo que precede es sólo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las normas de privacidad está en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestra página web en www.molinahealthcare.com. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las normas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA PARTNER PLAN, INC.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA CUIDADOSAMENTE.

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

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

¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?

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

Para tratamientos

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

Para pagos

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

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:

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

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

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

Además del tratamiento, pago y 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

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

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

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Cumplimiento de la ley

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

Salud y seguridad

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

Funciones gubernamentales

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

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 negligencia.

Indemnización al trabajador

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

Divulgación con otros fines

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

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que usted 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 (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 una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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



Revisión y copia de su PHI

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. 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 una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (difusión de su PHI)

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

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Sírvase llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 665-4627, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:
Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Teléfono: (855) 665-4627, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 515F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY);

(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

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

Este Notificación está sujeto a cambios

Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Notificación. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el Notificación revisado en nuestro sitio web y enviará el Notificación revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Notificación revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina. Se encuentra en nuestro sitio web en www.molinahealthcare.com/duals.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA90802

Teléfono: (855) 665-4627, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si no habla inglés, ofrecemos servicios de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, llámenos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito para usted. También le podemos proporcionar la información o los materiales escritos en español, armenio, árabe, vietnamita, jemer, chino, ruso, farsi, tagalo y coreano. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:
 - Información financiera
 - Cómo hemos sido evaluados por los miembros del plan
 - El número de apelaciones hechas por los miembros
 - Cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria
 - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por nuestro plan
 - Límites para su cobertura y medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no se encuentra cubierto y lo que usted puede hacer al respecto, incluido pedirnos que:
 - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que hemos tomado
 - Paguemos una factura que usted recibió

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

F. Su derecho a dejar nuestro plan Cal MediConnect

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

- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare de la Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Vea el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta nuevo.
- Sus beneficios de Medi-Cal se ofrecerán a través de un Plan de Atención Médica Administrada de Medi-Cal de su elección.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga “no”.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene el derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será retirado de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

Puede llamar a Molina Dual Options para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de instrucción anticipada. Molina Dual Options actualiza la información sobre las instrucciones anticipadas a más tardar noventa (90) días naturales después de recibir un aviso sobre cambios en las leyes estatales.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options sin costo al (855) 665-4627, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711 para utilizar el Servicio de retransmisión de California

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a una persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre.
- Entregar instrucciones escritas a sus médicos acerca de cómo desea que ellos administren su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica.

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

- **Obtenga el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medi-Cal como por ejemplo HICAP también pueden tener formularios de directiva anticipada.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conservar una copia de esta para el hospital.**
 - El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Recuerde que usted decide si llena o no una instrucción anticipada.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Programa Cal MediConnect Ombudsman.

Programa Cal MediConnect Ombudsman 1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita.

TTY/TDD: 1-855-847-7914. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Escriba a la siguiente dirección: **Department of Health Care Services**

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95899-7413

Página web: <http://www.calduals.org/beneficiaries/ombudsman-program>

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

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

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

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en la página 197 o desea obtener más información sobre sus derechos, recibirá ayuda si llama a:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- El Programa Cal MediConnect Ombuds. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar “Sus derechos y protecciones de Medicare” en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Dichos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
 - Proporcíóneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options, Medi-Cal paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
 - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medi-Cal sobre su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener números de teléfono para Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.



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

¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja relacionados con los servicios y asistencia a largo plazo, incluido el Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP), los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los Servicios de Centros de enfermería (NF).
- **Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidados. **Si está teniendo un problema con la atención, puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo explicará las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar al Programa de Mediación Cal MediConnect para que lo orienten con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar su preocupación y las formas de contactarlos, vea el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.



Tabla de contenidos

¿Qué contiene este capítulo?	138
Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo	138
Sección 1: Introducción	141
• Sección 1.1: Qué hacer si tiene algún problema.....	141
• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?.....	141
Sección 2: A dónde llamar para pedir ayuda.....	141
• Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda.....	141
Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios.....	143
• Sección 3.1: ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar una queja?	143
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones.....	143
• Sección 4.1: Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura.....	143
• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura.....	144
• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?.....	145
Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	146
• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección.....	146
• Sección 5.2: Solicitar una decisión de cobertura.....	147
• Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	149
• Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	153
• Sección 5.5: Problemas de pago.....	158



Sección 6: Medicamentos de la Parte D	159
• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	159
• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....	161
• Sección 6.3: Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones.....	161
• Sección 6.4: Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	163
• Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	166
• Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	168
Sección 7: Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital	169
• Sección 7.1: Aprender acerca de sus derechos de Medicare.....	170
• Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	171
• Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	173
• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con un plazo de la apelación?.....	174
Sección 8: Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto	176
• Sección 8.1: Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura.....	176
• Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica.....	176
• Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica.....	179
• Sección 8.4: ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?	180
Sección 9: Llevar su apelación más allá del Nivel 2	182
• Sección 9.1: Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare.....	182
• Sección 9.2: Próximos pasos que debe seguir para los artículos y servicios Medi-Cal.....	182
Sección 10: Cómo presentar una queja	183
• Sección 10.1: Quejas internas	184
• Sección 10.2: Quejas externas	185



Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” y no “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

Sección 2: A dónde llamar para pedir ayuda

• Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

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

Puede obtener ayuda a través del Programa Cal MediConnect Ombuds

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds. El Programa Cal MediConnect Ombuds es un programa de mediación que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Programa de Mediación de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos

También puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de salud (HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



para manejar el problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- Visite la página web de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

Puede obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada

El siguiente párrafo es una divulgación obligatoria dentro de la Sección 1368.02(b) del Código de Salud y Seguridad de California. En este párrafo, el término “reclamo” se refiere a una apelación o queja acerca de los servicios de Medi-Cal, su plan de salud o uno de sus proveedores.

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja formal contra el plan de salud, en primer lugar, debe llamar al (855) 665-4627, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, utilice el proceso de su plan de salud para presentar quejas formales antes de ponerse en contacto con este Departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, contiene los formularios para quejas, solicitud para IMR e instrucciones en línea.

Cómo obtener ayuda de Medi-Cal

Puede llamar directamente al Programa Cal MediConnect Ombudsman para obtener ayuda cuando tenga problemas con Medi-Cal. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Cómo obtener ayuda de la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Puede llamar a Livanta (QIO) directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a Livanta al (877) 588-1123, TTY/TDD: (855) 887-6668.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios

• Sección 3.1: ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar una queja?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

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

(Esto incluye problemas para saber si determinados servicios y asistencia a largo plazo o medicamentos recetados tienen cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí.	No.
<p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 143.</p>	<p>Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Siga a la Sección 10: “Cómo presentar una queja” en la página 183.</p>

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para una solicitud de decisiones de cobertura y para hacer apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago. No es responsable de los costos de Medicare, excepto los copagos de la Parte D.

¿Qué es una decisión de cobertura?

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

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

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto por Medicare o Medi-Cal o ya no lo cubre. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

• **Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura**

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Llame al **Programa Cal MediConnect Ombuds** para obtener ayuda gratuita. El Programa Cal MediConnect Ombuds ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame al **Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP)** para recibir ayuda gratuita. El HICAP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o con problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, con problemas de audición o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TTY, 1-877-688-9891.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”. También puede obtener el formulario visitando <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante. Puede solicitar un abogado de asistencia legal a Health Consumer Alliance llamando al 1-888-804-3536.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Sin embargo, **no necesita un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

• **Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?**

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección que aplica a su problema:**

- **La Sección 5 en la página 146** le proporciona información si tiene problemas acerca de los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección 5 si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como Lista de medicamentos, marcados con un (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6, página 159 para apelaciones por medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
 - Recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y desea solicitar que le demos un reembolso.
 - A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las secciones 7 y 8 en las páginas 169 y 176.
- **En la Sección 6 de la página 159** se ofrece información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos.
 - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
 - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro recetador consideran que deberíamos haberlo hecho.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos).
- En la **Sección 7 de la página 169** se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación en hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección 8 de la página 176** se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro acerca de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si necesita más ayuda o información, llame al Programa de Mediación de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

En esta sección, se detalla qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios y asistencia médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6 para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

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

1. Considera que cubrimos servicios médicos, servicios de salud conductual o los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no los está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 de la página 147 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.

Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección 5.3 en la página 149 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección 5.3 en la página 149 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



4. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la Sección 5.5 en la página 158 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección 5.3 en la página 149 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones 7 u 8 en las páginas 169 y 176 para saber más.

• Sección 5.2: Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura, obtener atención de salud conductual o ciertos servicios y asistencia a largo plazo (MSSP, CBAS o NF)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escribanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: (855) 665-4627, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
- Usted puede enviarnos un fax al: (310) 507-6186
- Puede escribirnos a: 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802

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

Por lo general, requiere hasta 14 días naturales después de que usted hizo la solicitud. Si no le damos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días naturales, usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.



Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Usted puede comunicarse con nosotros al (855) 665-4627, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o envíe un fax al (310) 507-6186. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación, se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o un artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días naturales puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente**.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días naturales en su lugar.
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 183.

Si la decisión de cobertura es Sí, ¿cuándo recibiré el servicio o producto?

Podrá recibir el servicio o artículo aprobado (preautorizado) en un plazo de 14 días naturales (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) desde que hizo la solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura al finalizar el plazo extendido citado.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta indicándole nuestras razones para decirle que **No**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedimos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

• **Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)**

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan para un servicio Medi-Cal, si su problema de salud es urgente e implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene dolor severo y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada en <http://www.dmh.ca.gov>. Vaya a la página 182 para obtener más información.



Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Programa de Mediación de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. El Programa de Mediación de Cal MediConnect no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o planes de salud.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

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

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

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para hacer apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación “estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede presentar una solicitud escrita a la siguiente dirección: PO Box 22816, Long Beach, CA 90802
 - Puede presentar una solicitud en línea al Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com
 - También puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, aún podrá presentar una apelación (consulte la página 182).
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su proceso de apelación está en proceso (consulte la página 182).
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.



El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

- Recibirá una carta nuestra en un plazo de 5 días naturales después de recibir su apelación para confirmarle que la recibimos.

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden realizar la apelación por usted. Igualmente, otra persona, además de su médico u otro proveedor, puede hacer la apelación por usted, pero primero debe llenar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Para obtener un Formulario para nombramiento del representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno o visite <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si la apelación proviene de una persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, deberemos recibir el Formulario para nombramiento del representante antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días naturales** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su proceso de apelaciones está en proceso. Para obtener más información, consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?” en la página 176.

¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Sí. Puede solicitarnos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

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

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



de la Parte B de Medicare). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días naturales (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema trata sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema es acerca de la cobertura de un artículo o servicio de Medi-Cal, tendrá que presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 153.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales después de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 153.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 72 horas, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda.
- Si el problema es acerca de la cobertura de un artículo o servicio de Medi-Cal, tendrá que presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 153.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, deberemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 153.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones del Nivel 1?

Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o artículo que fue previamente aprobado, lo notificaremos antes de tomar medidas. Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos brindándole los beneficios para el servicio o artículo. Debe **efectuar la solicitud antes de lo siguiente** a fin de continuar sus beneficios, lo que ocurra después:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio o artículo en disputa mientras se sucede el proceso de apelación.

• **Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)**

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le informará si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de Medicare, automáticamente enviaremos el caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente, que no está relacionada con nuestro plan.

Mi problema está relacionado con un artículo o servicio de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Hay dos formas de hacer una Apelación de Nivel 2 para artículos y servicios de Medi-Cal: (1) Presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia estatal.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Al presentar un reclamo, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR se encuentra disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión del caso por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan ni son parte del DMHC. Si la IMR lo favorece, debemos prestarle el artículo o servicio que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Rechaza, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal debido a que nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubre un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.
- No paga por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días naturales para una apelación estándar o 72 horas para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su Formulario para nombramiento del representante, tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de que pueda presentar una IMR de Nivel 2 al Departamento de Atención Médica Administrada.

Usted tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia Estatal, pero no puede hacerlo si ya ha tenido una Audiencia Estatal por la misma cuestión.

En la mayoría de casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 176 para obtener información sobre el proceso de Apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo o pedir una IMR al Centro de ayuda.

Si su tratamiento se denegó porque era experimental o de investigación, no tiene que participar de nuestro proceso de apelaciones antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor severo, puede presentarlo de inmediato a la atención de DMHC sin primero pasar por nuestro proceso de apelación.

Debe solicitar **una IMR en un plazo de 6 meses** después de que le enviemos una decisión escrita sobre su apelación. Es posible que el DMHC acepte su solicitud después de 6 meses por buenas razones, tales como si usted tuvo una afección médica que le impidió solicitar la IMR por 6 meses o si usted no recibió la notificación adecuada de parte de nosotros acerca del proceso de IMR.

Para solicitar una IMR:

- Llene el Formulario de Queja/Revisión Médica Independiente disponible en <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx> o llame al Centro de Ayuda de DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, anexe copias de cartas u otros documentos acerca del artículo o los servicios que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Si alguien lo está ayudando con su IMR, complete el Formulario de Asistente Autorizado. Puede obtener el formulario en <https://www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe sus formularios por fax o por correo y cualquier anexo a la siguiente dirección:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Si usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 7 días naturales diciéndole que usted califica para una IMR. Después de que se recibe su solicitud y los documentos de apoyo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de 30 días naturales. Usted

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 45 días naturales desde la presentación de su solicitud completada.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 2 días naturales diciéndole que usted califica para una IMR. Después de que se reciben su solicitud y los documentos de apoyo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de 3 días naturales. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 7 días naturales desde la presentación de su solicitud completada. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede todavía solicitar una Audiencia Estatal.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, revisará su caso a través de su procedimiento regular para quejas del consumidor. Su reclamo debe resolverse dentro de 30 días naturales desde la presentación de su solicitud completada. Si su reclamo es urgente, se resolverá más pronto.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para artículos y servicios cubiertos de Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que nosotros no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene, y rechazamos su Apelación de Nivel 1, usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que el aviso de “Sus Derechos de audiencia” le sea enviado por correo.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras su Audiencia Estatal está en proceso. Para obtener más información, consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 179.

Existen dos formas de solicitar una Audiencia Estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia Estatal” en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como nombre completo, dirección, número de teléfono, nombre del plan o condado que tomó la acción contra usted, el programa de ayuda en cuestión y un motivo detallado por el cual desea una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud en una de las siguientes formas:
 - Al Departamento de Bienestar del Condado en la dirección que se muestra en el aviso
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, debe saber que las líneas telefónicas están muy ocupadas.



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

La Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1, y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “Apelación Rápida” en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones del Nivel 2?

Si el problema es acerca de un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente.

Si el problema es acerca de un artículo o servicio cubierto por Medi-Cal, y pide una Audiencia Estatal, sus beneficios Medi-Cal por ese servicio o artículo continuarán hasta que se tome una decisión. Debe efectuar la solicitud para la audiencia **en el momento o antes de lo siguiente** a fin de continuar sus beneficios:

- Dentro de 10 días de la fecha de envío de nuestra notificación para usted indicando que la determinación de beneficio adversa (decisión de Apelación de Nivel 1) ha sido ratificada. O
- De la fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio o artículo hasta que se tome una decisión.



¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Revisión Médica Independiente, el Departamento de Atención Médica Administrada le enviará una carta explicando la decisión de los médicos que analizaron el caso.

- Si la Revisión Médica Independiente **acepta** lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, nosotros deberemos proporcionar el servicio o tratamiento.
- Si la Revisión Médica Independiente **rechaza** su solicitud, en la totalidad o en parte, significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Aún puede obtener una Audiencia Estatal. Consulte la página 182 para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia estatal.

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, el Departamento de Servicios Sociales de California le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la Audiencia estatal **acepta** lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, deberemos cumplir con la decisión. Debemos completar la acción o las acciones descritas en un plazo de 30 días naturales desde la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
- Si la Audiencia Estatal **rechaza** parte o todo lo que usted solicitó, significa que ellos están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Podemos interrumpir cualquier ayuda pagada que esté recibiendo.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Revisión Médica Independiente, puede solicitar una Audiencia Estatal. Consulte la página 182 para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia estatal.

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, puede solicitar una nueva audiencia en un plazo de 30 días después de recibir la decisión. Usted también puede pedir una revisión judicial de una negativa de Audiencia Imparcial Estatal al presentar una petición en el Tribunal Superior (bajo la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año desde que usted recibió la decisión. No puede solicitar una IMR si ya tuvo una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Consulte la Sección 9 de la página 182 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

• Sección 5.5: Problemas de pago

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

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

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos o servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, enviaremos a su proveedor el pago por el artículo o servicio en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3 de la página 149. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días naturales después de recibir su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si le decimos **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **Sí** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con una cantidad mínima. Consulte la Sección 9 de la página 182 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si decimos **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medi-Cal, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección 5.4 en la página 153).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso en la Sección 5 de la página 146.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Nos solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
<p>¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 161. También consulte las secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 161 y 163.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección 6.4 en la página 163.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Avance a la Sección 6.4 en la página 163.</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Avance a la Sección 6.5 en la página 166.</p>



• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

• Sección 6.3: Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Se les llama "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 en la página 166 le explica cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



• **Sección 6.4: Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4 en la página 143 para averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Guía rápida: Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax o pregunte a su representante o médico u otro recetador. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días naturales.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal de “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.

Si su médico u otro recetador nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 183.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que dé su declaración de apoyo. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días naturales.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



• Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviarla por fax a nosotros. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal de “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se detallan en la Sección 6.4 de la página 163.

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión en 7 días naturales, o 14 días si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.



- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días naturales después de recibir su apelación o 14 días si pidió que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

• Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** su apelación, en la totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Tiene el derecho a solicitarnos una copia de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

Plazos para “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días naturales posteriores a recibir su apelación, o 14 días si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

Sección 7: Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

• **Sección 7.1: Aprender acerca de sus derechos de Medicare**

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.
- Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para adquirir una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 665-4627, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- También puede verlo en línea ingresando a <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



• Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

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

Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta al: (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital**, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 7.4 en la página 174.
- Debido a que las internaciones en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud de continuar su internación en el hospital, o si usted considera que su situación es urgente, también puede presentarle un reclamo o solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California una Revisión Médica Independiente. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222. O puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombudsman al 1-855-501-3077.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal de esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un ejemplo de notificación en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde que **No** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2, tal como se describe en la siguiente sección.

• **Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

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

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

En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

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

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

También puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo o solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con un plazo de la apelación?

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

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

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

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

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.



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

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección 10 de la página 183, se describe cómo presentar una queja.

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

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

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

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

También puede presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo o solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además de, o en vez de una Apelación de Nivel 3.



Sección 8: Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
 - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

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

• **Sección 8.1: Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura**

- Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”.
- El aviso escrito le informa la fecha en la que terminaremos la cobertura de su atención médica.
- El aviso escrito también le informa a usted cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

- Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

• **Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica**

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



Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de la página 183 describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico al (800) 434-0222.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668. También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la “Notificación de no cobertura de Medicare”. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668 y solicite una “apelación rápida”.

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

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.4 página 180.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o usted considera que su situación es urgente o implica una amenaza severa e inmediata para su salud, o si tiene un dolor severo, puede presentar un reclamo y solicitarle una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

El término legal del aviso escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es “**explicación detallada de no cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

• **Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica**

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668. Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668 y solicite otra revisión.

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



- También puede solicitar al DMHC una Revisión médica independiente para continuar la cobertura de los servicios de atención médica. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión médica independiente además de, o en vez de una Apelación de Nivel 3.

• **Sección 8.4: ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?**

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

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

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

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Verificaremos para determinar si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si decimos No** a su revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

Si continúa recibiendo los servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección 10 de la página 183, se describe cómo presentar una queja.

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

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

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

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

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

También puede presentar un reclamo y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar la cobertura de los servicios de atención médica. Consulte la Sección 5.4 en la página 153 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente. Puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente además de, o en vez de, una Apelación de Nivel 3.



Sección 9: Llevar su apelación más allá del Nivel 2

• Sección 9.1: Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

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

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

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Programa de Mediación de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

• Sección 9.2: Próximos pasos que debe seguir para los artículos y servicios Medi-Cal

También tiene más derechos de apelación si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal y desea que otro juez la examine, puede solicitar una nueva audiencia o procurar una revisión judicial.

Para solicitar una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud escrita (una carta) a la siguiente dirección:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Debe enviar la carta durante los 30 días posteriores a la comunicación de la decisión. Esta fecha límite se puede extender hasta 180 días, si la demora se debe a un motivo significativo.

Al solicitar una nueva audiencia, señale la fecha en que recibió su decisión y el motivo por el cual se debe conceder una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, descríbala y explique por qué no se introdujo antes y de qué forma cambiaría la decisión. Puede comunicarse con servicios legales para obtener asistencia.

Para pedir una revisión judicial, debe presentar una solicitud ante el Tribunal Superior (dentro de la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en un plazo de un año después de recibir su decisión. Presente su solicitud en el Tribunal Superior para el condado nombrado en su decisión. Puede presentar

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



esta solicitud sin pedir una nueva audiencia. No se requieren cuotas de presentación. Puede tener el derecho a honorarios y costos razonables de abogado si el Tribunal emite una decisión final a su favor.

Si se realizó una nueva audiencia y no está de acuerdo con la decisión de esta, puede procurar una revisión judicial, pero no puede solicitar una nueva audiencia.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

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

Quejas acerca de la privacidad

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

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de Lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Guía rápida: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 185.



Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un “reclamo”.

El término legal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta por una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con el Programa de Mediación de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

• Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Las quejas que son querellas deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no después de 30 días naturales luego de la fecha en que el Plan recibe la querella por vía oral o por escrito. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el afiliado solicite una respuesta por escrito o las preguntas sobre la calidad del cuidado en la querella. Las querellas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Las quejas pueden presentarse por vía oral llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local; o escribiendo por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90802, Fax: (562) 499-0610.

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días naturales. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días naturales porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

• Sección 10.2: Quejas externas

Usted también puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en:
<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Puede comunicar su queja a Medi-Cal

El Programa Cal MediConnect Ombuds también ayuda a solucionar problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionarles. El Programa Cal MediConnect Ombuds no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa Cal MediConnect Ombuds es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

Puede informar al Departamento de Atención Médica Administrada de California sobre su queja

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda de DMHC para obtener ayuda con las quejas por los servicios de Medi-Cal. Usted puede contactar al DMHC si necesita ayuda con una queja acerca de un tema urgente o uno que involucre un peligro serio e inmediato para su salud, está en desacuerdo con nuestra decisión del plan acerca de su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días naturales.

Hay dos formas de obtener ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888- 466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o dificultades del habla pueden usar el número de teléfono gratuito de TTY, 1-877-688-9891. Esta llamada es gratuita.
- Consulte la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (<http://www.dmhc.ca.gov>).

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-800-537-7697. Para obtener más información, puede consultar la página web <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles a la:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Usted también puede tener derechos bajo la ley de estadounidenses con discapacidades y bajo cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse con el Programa Cal MediConnect Ombuds para solicitar asistencia. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- O usted puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es (877) 588-1123, TTY/TDD: (855) 887-6668.



Capítulo 10: Terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect

Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect	189
B. Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect	189
C. Cómo inscribirse en otro Plan Cal MediConnect	190
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	190
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare	190
D2. Cómo obtener sus servicios Medi-Cal	192
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado	193
F. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan Cal MediConnect termina	193
G. Reglas en contra de pedirle que deje el plan Cal MediConnect por alguna razón relacionada con la salud	194
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	194
I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan	194



A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect

Puede terminar su membresía en el plan Medicare-Medicaid Molina Dual Options en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Cal MediConnect o cambiándose a Medicare Original.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

Cuando finalice su membresía en nuestro plan, se inscribirá en un Plan de Atención Médica Administrada de Medi-Cal que elija para sus servicios Medi-Cal, a menos que elija otro plan Cal MediConnect. También puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando termine su membresía de nuestro plan. Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones Medicare en la tabla en la página 190
- Los servicios de Medi-Cal en la página 192

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

- Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Programa Cal MediConnect Ombudsman al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Vea el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect

Si decide terminar su membresía, informe a Medi-Cal o Medicare que desea abandonar Molina Dual Options:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077; O

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 190 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

C. Cómo inscribirse en otro Plan Cal MediConnect

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan, puede inscribirse en otro Plan Cal MediConnect.

Para inscribirse en otro Plan Cal MediConnect:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro Plan Cal MediConnect. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Su cobertura con Molina Dual Options terminará en el último día del mes en que recibimos la solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si no desea inscribirse en otro Plan Cal MediConnect después de abandonar Molina Dual Options, volverá a obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, su membresía terminará automáticamente en nuestro Plan Cal MediConnect.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (como un plan Medicare Advantage) o, si cumple con los criterios de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud que sea solo de Medicare.</p> <p>Para consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios Medi-Cal

Si abandona nuestro Plan Cal MediConnect, se lo inscribirá en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal de su elección.

Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y asistencia a largo plazo y atención de salud conductual.

Cuando solicite terminar su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect, deberá informar a Health Care Options en qué Plan de Atención Médica Administrada de Medi-Cal se quiere inscribir.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro Plan de Atención Médica Administrada de Medi-Cal. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Cuando termine su membresía en el Plan Cal MediConnect, recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro, un nuevo *Manual del Miembros* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Si abandona Molina Dual Options, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience la cobertura nueva de Medicare y Medi-Cal. Consulte la página 194 para obtener más información. Durante este período, seguirá recibiendo atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para que le surtan sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si los adquiere en farmacias de la red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, por lo general su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro Plan Cal MediConnect hasta que le den el alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan Cal MediConnect termina

Estos son los casos en los que Molina Dual Options deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califiquen tanto para Medicare como para Medi-Cal.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. En función de eso, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro. Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Si ya no califica para Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado y deja de ser elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo los beneficios de Molina Dual Options durante un período adicional de dos meses. Este tiempo adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad, si

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



usted cree que aún es elegible. Recibirá una carta de parte nuestra sobre el cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

- Para seguir siendo un miembro de Molina Dual Options, usted debe calificar nuevamente a más tardar el último día del período de dos meses.
- Si no califica al finalizar el período de dos meses, se cancelará su inscripción Molina Dual Options.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solo si primero recibimos permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en contra de pedirle que deje el plan Cal MediConnect por alguna razón relacionada con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Debe **llamar al Programa Cal MediConnect Ombudsman** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro Plan Cal MediConnect, debemos comunicarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, haga lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Llame al Programa Cal MediConnect Ombudsman al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes	197
B. Aviso de no discriminación	197
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	198



A. Aviso sobre las leyes

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

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo.

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

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles. Para obtener más información sobre la Oficina de Derechos Civiles y para encontrar su Oficina de Derechos Civiles local, visite la página web en www.hhs.gov/ocr/.

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

La discriminación va en contra de la ley

Molina Healthcare of California (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, embarazo y estereotipos de sexo.

Para ayudarlo a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema Braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o TTY, 711.

Envíe su queja por correo a:

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O, envíe su queja por fax al (562) 499-0610.

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

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

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

El programa Cal MediConnect cumple con las regulaciones y leyes federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para asegurar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL): Lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede continuar recibiendo los beneficios mientras espera una decisión acerca de una Apelación del Nivel 1 o una Audiencia Estatal (consulte el Capítulo 9 para obtener más información). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término que incluye todo relacionado con trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Cal MediConnect: Un programa que proporciona beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan de salud. Tiene una tarjeta de identificación del miembro para todos sus beneficios.

Plan de cuidados: Consulte el “Plan de cuidados personalizado”.

Servicios Opcionales del Plan de cuidados (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales dentro del Plan de Atención Personalizada (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y la atención a largo plazo que está autorizado a recibir dentro de Medi-Cal.

Equipo de cuidados: Consulte “Grupo de Atención Interdisciplinaria”.

Administrador de casos: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS): Programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, tratamientos,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



cuidado personal, apoyo y formación de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para personas inscritas elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación de competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El Departamento del Estado en California que administra el Programa Medicaid (llamado Medi-Cal en California), generalmente referido como “el Estado” en este manual.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento del estado de California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Categoría de medicamento: Las categorías son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se incluye en una de las tres (3) categorías.

Equipo médico duradero (DME): Algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de ayuda adicional también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Quejas: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su cuidado o la calidad del servicio proporcionados por su plan de salud.

Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP): Un programa que ofrece asesoramiento e información gratuita y objetiva acerca de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo puede comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de casos que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgo de salud: Una revisión del historial clínico de un paciente y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Auxiliar médico domiciliario: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Molina Dual Options debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentarnos una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluyendo suministros y medicamentos DME, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión del caso por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan. Si la IMR se decide en su favor, tendremos que prestarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

Asociación de Profesionales Independientes (IPA): Una IPA es una compañía contratada por Molina Dual Options que organiza un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud para asistir a Miembros de Molina Dual Options. Su médico, junto con la IPA, se encarga de todas sus necesidades médicas. Esto incluye obtener autorización, si corresponde, para concurrir a un médico especialista o recibir servicios médicos, como pruebas de laboratorio, radiografías y servicios hospitalarios internos y ambulatorios.

Plan de cuidado personalizado (ICP o Plan de cuidado): Un plan para los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Grupo de Cuidados Interdisciplinario (ICT o Grupo de Cuidados): Un grupo de cuidado puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarle a obtener el cuidado que usted necesita. Su grupo de cuidados le ayudará a hacer un plan de cuidado.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta médica y de venta libre (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y asistencia a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para ancianos u hospital. Los LTSS incluyen Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP), Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y Centros de Enfermería/Cuidados Subagudos (NF/SCF).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y asistencia a largo plazo y costos médicos.
- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y asistencia a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son separados.

Médicamente necesario: Esto describe servicios necesarios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar su condición médica o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios según las normas de cobertura actuales de Medicare o Medi-Cal.

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de atención médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte el “Plan de salud”).

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

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal (doblemente elegible): Una persona que califica para cobertura de Medicare y de Medi-Cal. Un afiliado de Medicare- Medi-Cal también se llama “individuo doblemente elegible”.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medi-Cal. Molina Dual Options incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medi-cal y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual del Miembro y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP): Un programa que proporciona Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) a personas elegibles para Medi-Cal que tengan 65 años de edad o más, con discapacidades, como alternativa para colocación en un centro de enfermería.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Mediador: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratis. Puede encontrar más información acerca del programa Cal MediConnect Ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de organización: El plan tomó una determinación como organización cuando este o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro-por-servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare de la Parte D”.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI): Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historia médica. Vea el Aviso de prácticas de privacidad de Molina Dual Options

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, usa y divulga su PHI así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención médica primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesite para mantenerse sano.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están señalados en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4.

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

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

Programa de Cobertura Total de Salud para Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre beneficios Medicare y Medi-Cal en conjunto para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de atención superior para vivir en casa.

Elementos protésicos y ortóticos: Estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención médica primaria (PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

Costo compartido: La parte de sus costos de atención médica que puede tener que pagar cada mes antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigor. La suma del costo compartido varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Especialista: Un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio Medi-Cal que nosotros no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal toma una decisión a su favor, tendremos que proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia progresiva: Una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

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

Atención necesaria urgente: Atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no pueda acceder a ellos.





Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options

Método	Información de contacto
LLAME AL	<p>(855) 665-4627. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local</p> <p>Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local</p>
FAX	<p>Para servicios médicos:</p> <p>Fax: (310) 507-6186</p> <p>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):</p> <p>Fax: (866) 290-1309</p>
ESCRIBA	<p>Para servicios médicos:</p> <p>200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):</p> <p>7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
SITIO WEB	<p>www.MolinaHealthcare.com/Duals</p>