

2023

Manual del Miembro

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) un Medicare Medi-Cal Plan

California H5810-016

Sirviendo a los condados de: Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023



Manual del Miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) un Plan Medicare Medi-Cal

01/01/2023 – 12/31/2023

Su Cobertura Médica y de Medicamentos con Molina Complete Care Plus (HMO D-SNP), un Plan Medicare Medi-Cal

Introducción al *manual del miembro*

En este *Manual del Miembro*, conocido como *Evidencia de Cobertura*, se le informa acerca de su cobertura de Molina Medicare Complete Care Plus hasta el 31/12/2023. 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 lo ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

ATENCIÓN: Si habla Inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, coreano, ruso, tagalo o vietnamita, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. La llamada es gratuita.

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

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

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

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

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



2023 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Tabla de contenidos

Capítulo 1:	<i>Inicio como miembro</i>	6
Capítulo 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	16
Capítulo 3:	<i>Cómo utilizar nuestra cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos</i>	33
Capítulo 4:	<i>Tabla de Beneficios</i>	52
Capítulo 5:	<i>Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</i>	111
Capítulo 6:	<i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal</i>	127
Capítulo 7:	<i>Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos</i>	146
Capítulo 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	150
Capítulo 9:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	174
Capítulo 10:	<i>Terminar su membresía en nuestro plan</i>	219
Capítulo 11:	<i>Avisos legales</i>	226
Capítulo 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	229



Exenciones de responsabilidad

- ❖ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es un Plan de Salud con un Contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711. La llamada es gratuita.
- ❖ La cobertura que Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) proporciona es una cobertura médica apta denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- ❖ Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus o lea el Manual del Miembro de Molina Medicare Complete Care Plus. Esto significa que podría tener que pagar por algunos servicios y que debe cumplir con determinadas reglas para que Molina Medicare Complete Care Plus pague por sus servicios.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Molina Healthcare (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género ni orientación sexual.

Si considera que Molina lo(a) discriminó por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate Long Beach, CA 90802

Teléfono: (866) 606-3889 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local

TTY: 711 Fax: (562) 499-0610

Correo Electrónico: civil.rights@MolinaHealthcare.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo(a).

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Care Services) por teléfono, por escrito o de manera electrónica mediante la siguiente información de contacto:

Deputy Director, Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697; (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov

www.hhs.gov/ocr

Los formularios de quejas están disponibles en

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si considera que Molina lo(a) discriminó por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, discapacidad, edad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

o bien por correo o teléfono mediante la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-868-1019 o 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en la siguiente página:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios y los de Medi-Cal. También se le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a nuestro plan	7
B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. Ventajas de nuestro plan	8
D. Área de servicios de nuestro plan	8
E. Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan	9
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	9
G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado	10
G1. Equipo de Cuidado	10
G2. Plan de cuidado	11
H. Mensualidades del plan	11
I. Su <i>Manual del Miembro</i>	11
J. Otra información importante que obtiene de nosotros	11
J1. Su Tarjeta de Identificación del Plan	11
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	12
J3. <i>Lista de los medicamentos cubiertos</i>	14
J4. <i>La explicación de beneficios</i>	14
K. Mantener su registro de membresía actualizado	14
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	15

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos prolongados, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con Administradores de Casos y equipos de cuidado que lo ayudan a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

En Molina Healthcare, comprendemos que cada miembro es diferente y tiene necesidades únicas. Por eso, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ha puesto las necesidades de nuestros miembros en primer lugar, 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 médico para las siguientes personas:

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

B2. 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.

Cada estado decide:

- Qué cuenta como ingresos y recursos.
- Quién es elegible.
- Qué servicios están cubiertos.
- Y el costo de los servicios.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. 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 nuestro plan

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

Lo ayudaremos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede acudir a **nosotros** para **todas** sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención médica constituido con su ayuda. Su equipo de cuidado puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un Administrador de Casos. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda del equipo de cuidado y del Administrador de Casos.
- Su equipo de cuidado y el Administrador de Casos trabajan con usted con el fin de desarrollar un plan de cuidado diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de cuidado lo ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado se asegura de lo siguiente:
 - Que sus doctores sepan sobre todos los medicamentos que usted toma, para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario.
 - Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus doctores y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Molina Medicare Complete Care Plus: En la mayoría de los casos, estará inscrito en Molina Medicare Complete Care Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan de salud de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California:

- Condado de Los Ángeles.
- Condado de San Diego.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Condados de Riverside y San Bernardino, con la excepción de los siguientes códigos postales:
 - 92225, 92226, 92239, 92275, 92382, 92385, 92386, 92391, 92397, 92398, 92409, 93562, 93592, 92242, 92252, 92256, 92267, 92268, 92277, 92278, 92280, 92284, 92285, 92286, 92304, 92305, 92309, 92310, 92311, 92312, 92314, 92315, 92317, 92321, 92322, 92323, 92325, 92326, 92327, 92332, 92333, 92338, 92339, 92341, 92342, 92347, 92352, 92356, 92363, 92364, 92365, 92366, 92368, 92372

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

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

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

- Vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- Tiene 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.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 6 meses, todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección A, se le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período, que se denomina elegibilidad considerada continua).

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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de LTSS y de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los doctores que usa ahora durante cierto tiempo, si no están en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención médica. Si no

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



están en nuestra red, puede mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios del momento de la inscripción durante un máximo de 12 meses si se cumplen todos los siguientes criterios:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden que le dejemos seguir utilizando su actual proveedor.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención especializada o primario, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Para determinar una relación existente, revisamos su información de salud disponible o utilizamos la información que usted nos brinda.
 - Tenemos 30 días para responder a la solicitud. Puede solicitarnos 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: Solo puede hacer esta solicitud para servicios de equipos médicos de uso prolongado (Durable Medical Equipment, DME), transporte u otros servicios auxiliares, no incluidos en nuestro plan. Usted **no puede** presentar esta solicitud para los proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención médica, deberá recurrir a los médicos y otros proveedores de la red Molina Medicare Complete Care Plus que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su doctor 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** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado

G1. Equipo de Cuidado

Un equipo de cuidado puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. 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. Obtiene un Administrador de Casos cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo(a) puede derivar a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de cuidado para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su Administrador de Casos y su equipo de cuidado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



G2. Plan de cuidado

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

Su plan de cuidado incluye lo siguiente:

- Sus metas de atención médica.
- Una cronología para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado se reúne con usted después de la evaluación del riesgo para la salud. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede considerar obtener. Su plan de cuidado se basa en sus necesidades. El equipo de cuidados trabaja con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez por año.

H. Mensualidades del plan

Nuestro plan no tiene mensualidades del plan.

I. Su *Manual del Miembro*

Su *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 hicimos algo que va en contra de estas reglas, puede apelar nuestra acción. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Medicare o descargarlo.

El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Medicare Complete Care Plus, entre el 01/01/2023 y el 31/12/2023.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su Tarjeta de Identificación del Miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su Tarjeta de Identificación del Plan

En nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos los servicios y apoyo prolongados, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Usted muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica de la Parte D. A continuación, encontrará un ejemplo de la Tarjeta de Identificación del Miembro:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.





Si daña, pierde o le roban su Tarjeta de Identificación del Miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato y al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Mantenga esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Miembro, el proveedor puede fracturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de salud mental especializados que puede obtener del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado.
- Medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números al final de la página. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en el sitio web que aparece al final de la página.

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.
- Idiomas.
- Disponibilidad de las sedes de servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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 el sitio web que aparece al final de la página, también puede averiguar si los proveedores (como doctores, hospitales, especialistas o clínicas médicas) aceptan pacientes nuevos.

Definición de proveedores dentro de la red

- En nuestra red se incluyen los siguientes proveedores:
 - Doctores, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - 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 acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias dentro de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como nuestro sitio web

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y las 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. Le indica qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

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** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información acerca de cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (consulte la información que aparece al final de la página).

J4. La explicación de beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, gastaron en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros pagamos por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. En el **Capítulo 6** de su *Manual del Miembro*, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede solicitar una EOB. A fin de obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

K. Mantener su registro de membresía actualizado

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros.

Nuestros proveedores y farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a una residencia para ancianos u hospital.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Atención de un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable de usted).
- Forma parte de un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica del que participe o forme parte, pero lo animamos a que lo haga).

Si ocurren cambios en su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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 privado. Protegemos su PH. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Manual del Miembro*.



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 nuestro plan y de sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su Administrador de Casos y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Departamento de Servicios para Miembros	17
B. Su Administrador de Casos	19
C. Línea de Consejos de Enfermería	20
D. Línea de Crisis de Salud Conductual	21
E. Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)	22
F. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)	23
G. Medicare	24
H. Medi-Cal	25
I. La Oficina de Mediador	26
J. Servicios Sociales del Condado	26
K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado	28
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	30
M. Otros recursos	31



A. Departamento de Servicios para Miembros

LLAME AL	<p>(855) 665-4627 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.</p> <p>Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y el correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</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>
ESCRÍBANOS	<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/Medicare</p>

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- 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 pagamos 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** de su *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedimos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- 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 nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local y explicar su queja.
 - 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 sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en 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 nuestro plan en el programa Ombuds llamando al (855) 452-8609.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos por Medicare
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión acerca de lo siguiente:
 - sus beneficios y los medicamentos cubiertos por Medicare ◦
 - la suma que pagaremos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx en (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre los medicamentos de Medicare
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos de Medicare
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos de Medicare que usted ya pagó

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro*.
- Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.

B. Su Administrador de Casos

El Administrador de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus 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, nuestro personal puede realizar cambios en la asignación de un Administrador de Casos con base en 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. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después del horario de atención habitual, y los sábados y domingos. Tenemos servicios de intérprete gratuitos 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
ESCRÍBANOS	200 Océangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Comuníquese con su Administrador de Casos para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Tiene 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)

Los LTSS incluyen Servicios de la Comunidad para Adultos Mayores (Community Based Adult Services, CBAS) y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

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

Puede obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS),
- Atención de enfermería especializada,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

C. Línea de Consejos de Enfermería

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 un miembro calificado del personal de enfermería que puede proporcionarle asesoramiento de atención médica en su idioma e indicarle a dónde debe acudir para obtener la atención que necesita. 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 atención telefónica sobre la salud acreditado por la Comisión de Acreditación para Revisión de Uso (Utilization Review Accreditation Commission, URAC). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso integral con la atención de calidad, la mejora de los procesos y los mejores resultados de los pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras también cuenta con la certificación de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) en Productos de Información de la Salud (Health Information Products, HIP) para nuestra Línea de Información de la Salud disponible 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año. La NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información de la salud de la NCQA para los estándares aplicables para los planes de salud.

La Línea de Consejos de Enfermería 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.

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 de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Preguntas sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



D. Línea de Crisis de Salud Conductual

LLAME AL	<p>(888) 858-2150 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Molina ofrece acceso 24/7 a especialistas de salud conductual autorizados con el fin de brindar asesoramiento para problemas relacionados con la salud mental y el abuso de sustancias mediante la Línea del Departamento de Servicios para Miembros. Los servicios de interpretación están disponibles para los miembros que requieren ese servicio.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Conductual para obtener ayuda con:

- ▶ Preguntas sobre servicios de abuso de sustancias y salud conductual.
- ▶ Preguntas sobre servicios de desorden en el uso de sustancias.
- ▶ Una crisis conductual puede ser causada por factores ambientales como los siguientes:
 - Pérdida de trabajo.
 - Muerte reciente de un familiar o amigo cercano.
 - Diagnóstico de una enfermedad grave.
 - Divorcio.
 - Cargas financieras imprevistas.
 - Alcoholismo o adicción.
 - Adicción o abuso de sustancias.
 - Enfermedad psiquiátrica.
 - Violencia de género (abuso doméstico).

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios de salud mental especializada de su condado, consulte la página 28.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



E. Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)

El Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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
ESCRÍBANOS	<p>Condado de Los Ángeles: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057</p> <p>Condados de Riverside y San Bernardino: Inland Agency HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739</p> <p>Condado de San Diego: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123</p>
SITIO WEB	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre su plan o 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



F. 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	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
ESCRÍBANOS	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/california

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de 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, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.



G. 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	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos, doctores, agencias de atención médica domiciliaria, centros para diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidado paliativo.</p> <p>Cuenta con sitios web y números de teléfono útiles. También incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora.</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. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro médico público que proporciona los servicios de atención médica necesarios a las personas con bajos ingresos, incluidas las familias con niños, las personas mayores, las personas con discapacidad, las familias que brindan cuidados temporales, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades específicas, como tuberculosis, cáncer de mama o VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el Gobierno estatal y federal.

LLAME AL	1-844-580-7272 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



I. La Oficina de Mediador

La Oficina del Mediador trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. La Oficina del Mediador también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. La Oficina del Mediador no tomará parte automáticamente en una queja. Considera todas las partes de forma imparcial y objetiva. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRÍBANOS	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS-4412 PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de los Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS), comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local de su condado. El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) puede proporcionar los servicios para que pueda quedarse de manera segura en su propia casa. IHSS se considera una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o cuidado y alojamiento. Para solicitar IHSS, comuníquese con la oficina local IHSS del condado:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Condado de Los Ángeles

LLAME AL	(888) 822-9622 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711
ESCRÍBANOS	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/about-us/customer-service-center

Condado de Riverside

LLAME AL	(888) 960-4477 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711
ESCRÍBANOS	Condado de Riverside In-Home Supportive Services 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
SITIO WEB	http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services

Condado de San Bernardino

LLAME AL	(877) 800-4544 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711
ESCRÍBANOS	County of San Bernardino In-Home Supportive Services 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
SITIO WEB	http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Condado de San Diego

LLAME AL	Condado de San Diego: (800) 510-2020, esta llamada es gratuita. Fuera del condado de San Diego: (800) 339-4661, esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	711
ESCRÍBANOS	Health and Human Services Agency Condado de San Diego In-Home Supportive Services 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
SITIO WEB	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html

K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles a través del plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP) del condado, si usted cumple con los criterios de necesidad médica.

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 de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	(562) 651-2549 Esta llamada es gratuita. Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Sistemas de Salud de la Universidad de Riverside: Salud Conductual - Acceso a la comunidad y remisión, evaluación y línea de apoyo (CARES):

LLAME AL	(800) 706-7500 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., hora local. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	(800) 915-5512 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., hora local

San Bernardino - Departamento de Salud Conductual:

LLAME AL	(888) 743-1478 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

San Diego - Servicios de Salud Mental:

LLAME AL	(888) 724-7240 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	(619) 641-6992 Esta llamada es gratuita. Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado para obtener ayuda sobre 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



L. 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 del DMHC puede ayudarlo(a) con las apelaciones y quejas en relación con 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.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



M. Otros recursos

El Programa de Mediador de Health Consumer Alliance (Health Consumer Alliance Ombuds Program, HCA) ofrece ayuda GRATUITA a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare.
- Su plan de salud.
- Acceso a los servicios médicos.
- Apelación por denegación de servicios, medicamentos, equipo médico de uso prolongado (DME), servicios de salud mental, etc.
- Facturación médica.
- IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar).

Health Consumer Alliance ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

LLAME AL	<p>(877) 477-3646</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Condado de Riverside: (800) 491-7123 línea directa las 24 horas</p> <p>Condado de San Bernardino: (877) 565-2020 línea directa las 24 horas</p> <p>Condado de San Diego: (800) 339-4661 línea directa las 24 horas</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
ESCRÍBANOS	<p>Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010</p> <p>Condado de Riverside: Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501</p> <p>Condado de San Bernardino: Sistema de Servicios Humanos 784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415</p> <p>Condado de San Diego: Servicios de envejecimiento e independencia P.O. Box 23217 San Diego, CA 92193-321</p>
SITIO WEB	<p>http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf</p>



Capítulo 3: Cómo utilizar nuestra 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 por nuestro plan. También le informa sobre su Administrador de Casos, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para adquirir Equipo Médico de Uso Prolongado (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Información sobre servicios y proveedores	35
B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan	35
C. Su Administrador de Casos	37
C1. Qué es un Administrador de Casos	37
C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Casos	37
C3. Cómo puede cambiar de Administrador de Casos	37
D. Atención de proveedores	37
D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria	37
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	39
D3. Cuando un proveedor sale del plan	39
D4. Proveedores fuera de la red	40
E. Servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)	41
E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	41
F. Servicios de transporte	43
F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	43
F2. Transporte no médico	44
G. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe	45
G1. Atención en una emergencia médica	45
G2. Atención médica requerida urgentemente	46
G3. Atención médica durante un desastre	47
H. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan	47
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	47

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare. 33



I.	Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	48
I1.	Definición de estudio de investigación clínica	48
I2.	Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	48
I3.	Más acerca de los estudios de investigación clínica	49
J.	Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica	49
J1.	Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	49
J2.	Atención en una institución religiosa no médica que brinde atención médica	49
K.	Equipo médico duradero (DME)	50
K1.	DME como miembro de nuestro plan	50
K2.	La propiedad del DME si se cambia a Original Medicare	50
K3.	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan	50
K4.	Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare	51



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención médica (como las consultas médicas y el tratamiento médico), los servicios y apoyo prolongados (long-term services and supports, LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual (incluida la salud mental y el bienestar), los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, los servicios y asistencia a largo plazo (LTSS) y la salud conductual cubiertos se describen en la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de su Manual del Miembro.

Los **proveedores** incluyen doctores, personal de enfermería y otras personas que le proporcionan servicios y atención. Los proveedores también incluyen 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 apoyo prolongado (LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como pago completo. Nos facturan directamente por los servicios de atención que le prestan. Cuando visita a un proveedor de la red, por lo general, no debe pagar por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare, y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye salud conductual y Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para estar cubierto por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que está incluido en nuestra Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Con “médicamente necesario”, nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria evita que las personas se enfermen de forma grave o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Para acceder a los servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red que le indique que reciba atención o lo(a) derive a otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarlo antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP, o recibir atención de otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los de salud de la mujer.
 - 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 su PCP lo(a) deriva a especialistas y servicios que también están 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente, ni para recurrir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección D1 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de los proveedores de la red que están afiliados con el grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubrimos la atención médica de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el monto total por los servicios prestados fuera de la red. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección H del capítulo).
 - 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. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no se encuentre accesible. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. Los costos compartidos que usted paga por diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, los costos compartidos de la diálisis pueden ser más elevados.
 - Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitarnos continuar acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos demostrar que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** del Manual del Miembro. 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 se comunicará con usted para ayudarlo(a) a encontrar a los proveedores en nuestra red que están afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubrimos su atención médica si aún acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Nuevos miembros de Molina Medicare Complete Care Plus: En la mayoría de los casos, estará inscrito(a) en Molina Medicare Complete Care Plus para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan de salud de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Puede llamarnos al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local si tiene alguna pregunta.



C. Su Administrador de Casos

C1. Qué es un Administrador de Casos

- Un Administrador de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus es la primera persona con la que puede ponerse en contacto para que lo ayude con su caso, si es necesario. 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 su Administrador de Casos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. TTY: 711. O bien, visite www.molinahealthcare.com/Medicare.

C3. Cómo puede cambiar de Administrador de Casos

- Usted puede solicitar que se cambie el administrador de casos, llamando a la Administración de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services). El personal de Medicare Complete Care Plus HealthCare Services puede realizar cambios en la asignación de un administrador de casos para un miembro, según sus necesidades o su ubicación.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria

Debe elegir un proveedor de cuidados primarios (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 hace por usted

El proveedor de atención médica 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 Medicare Complete Care Plus mantiene una red de proveedores de atención especializada para atender a sus miembros. Para que un miembro reciba servicios de un especialista, se requiere la remisión de un PCP de Molina Medicare Complete Care Plus; sin embargo, no se requiere 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 lo ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Esta incluye:

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



“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 hay un especialista u hospital en particular que desee utilizar, compruebe que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Puede consultar en el Directorio de Proveedores y Farmacias o pedir al Departamento de Servicios para Miembros que verifique si el PCP que desea que lo(a) atienda realiza remisiones a ese especialista o utiliza ese hospital.

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 de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, puede estar cambiando también grupos médicos. Cuando solicite un cambio, informe al Departamento de Servicios para Miembros si utiliza un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben tener la aprobación del PCP. El Departamento de Servicios para Miembros lo ayuda a continuar con su cuidado especializado 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 cuidado urgente y de emergencia fuera del área de servicio).

Servicios que puede obtener sin la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación del PCP antes de recurrir a otros proveedores. Puede recibir servicios como los enumerados a continuación sin obtener la aprobación de su PCP primero:

- 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 proporcionada por un proveedor fuera de la red cuando no pueda acudir a los proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Nota: La atención médica requerida urgentemente debe ser de necesidad inmediata y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro 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 el COVID-19, 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 preventivas (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 recurrir 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, Sexually Transmitted Diseases).

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

Un especialista es un doctor que proporciona atención médica para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas, como los siguientes:

- Los oncólogos se ocupan de los 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.
- Los gastroenterólogos atienden a los pacientes con problemas digestivos o intestinales.
- Los nefrólogos atienden a pacientes con problemas renales.
- Los urólogos atienden a pacientes con problemas urinarios y de vejiga.
- Como miembro, usted no está limitado a especialistas específicos. Molina Medicare Complete Care Plus mantiene una red de proveedores de atención especializada 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.
- Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor sale del plan

Es posible que un proveedor de la red que utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Hacemos un esfuerzo de buena fe para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudamos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y nosotros tenemos la obligación de trabajar con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Si no podemos encontrar un especialista aprobado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar para que un especialista fuera de la red le brinde atención.
- Si considera que no reemplazamos a su anterior proveedor con un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).
- Si su proveedor abandona nuestra red, su proveedor debe aceptar contratar a nuestros proveedores para que usted continúe teniendo acceso a los servicios de continuidad de la atención.

Si se entera que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

D4. Proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, incluidos los Servicios y Apoyos Prolongados (Long Term Services and Supports, LTSS), puede obtenerla 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 de rutina de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare/Medi-Cal ni el Plan serán responsables de los costos.

Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare 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.

El plan cubre la diálisis renal para los servicios de insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan durante un corto período. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo con el tratamiento de diálisis mientras está de viaje.

Entre los Servicios y Apoyo Prolongados (Long-term services and supports, LTSS), se incluyen Servicios de la comunidad para adultos mayores (Community Based Adult Services, CBAS) y Centros de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Enfermería (Nursing Facilities, 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 de la comunidad para adultos mayores (Community-Based Adult Services, CBAS):** Programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, apoyo y entrenamiento de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.
- **Centro de enfermería (NF):** Un centro que brinda atención a las personas que no pueden vivir con seguridad en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Su administrador de casos lo ayudará a entender cada programa. Para obtener más información sobre cualquier de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

E. Servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Nuestro plan no proporciona servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de los Sistemas de Salud de la Universidad de Riverside: Salud Conductual, el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino, Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego y el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles.

E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializada de Medi-Cal están disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal, proporcionados por el Sistema de Salud de la Universidad de Riverside: Salud Conductual, el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino, los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego y el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, incluyen lo siguiente:

- Servicios de salud mental
- 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 Medi-Cal o del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través del Sistema de Salud de la Universidad de Riverside: Salud Conductual,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino, los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, si cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por el Sistema de Salud de la Universidad de Riverside: el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino, los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles *incluyen lo siguiente*:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento en el hogar
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios con Naltrexone para la dependencia de opioides

Los Servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen lo siguiente:

- Servicios ambulatorios e intensivos para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos).
- Residencial/pacientes hospitalizados.
- Gestión de la abstinencia.
- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios de recuperación.
- Coordinación de Cuidados.

Además de los servicios antes mencionados, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación en el hospital, si cumple con los criterios.

Molina Medicare Complete Care Plus proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias. Puede encontrar una lista de proveedores en el sitio web para miembros de Molina Medicare Complete Care Plus 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, su proveedor de salud conductual o su proveedor de atención primaria (PCP) pueden solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

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. Medicamento 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 estándares aceptados de práctica médica y salud conductual.

Si está recibiendo servicios o necesita obtener servicios de salud mental de especialistas de Medi-Cal o servicios de medicamentos que están disponibles para usted por medio del plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP) del condado, los Administradores de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus pueden ayudar a recomendarlo a los recursos del condado apropiados para una evaluación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. También puede

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



comunicarse con el Condado directamente. Consulte los números del condado apropiados en la información que se encuentra a continuación.

Servicios de salud mental especializados

Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles: 1-800-854-7771.

Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual: 1-800-706-7500.

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-743-1478.

Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego: 1-888-724-7240.

Servicios de medicamentos de Medi-Cal

Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles: 1-844-804-7500.

Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual: 1-800-499-3008.

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-743-1478.

Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego: 1-888-724-7240.

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a obtener transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un automóvil, autobús o taxi para acudir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no sea de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, por consumo de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP u otro proveedor y solicitarlo. Su PCP u otro proveedor decidirán el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo indicarán completando un formulario y presentándolo a Molina Medicare Complete Care Plus para su aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP u otro proveedor volverán a evaluar su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, furgoneta, furgoneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Molina Medicare Complete Care Plus permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Por ejemplo, si usted puede ser transportado física o médicamente por una furgoneta para sillas de ruedas, Molina Medicare Complete Care Plus no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte que no sea de emergencia debe utilizarse en las siguientes ocasiones:

- Lo necesita física o médicamente, según lo determine una autorización escrita de su PCP u otro proveedor, porque no puede utilizar un autobús, un taxi, un automóvil o una furgoneta para llegar a su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Necesita ayuda del conductor de ida y vuelta a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento, por una discapacidad física o mental.

A fin de solicitar el transporte médico que su doctor le indicó para las **citas de rutina** no urgentes, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, al menos con 2 días laborales de anticipación antes de su cita (lunes a viernes). Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

Molina Medicare Complete Care Plus cubre el transporte médico de menor costo que cumpla con sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Molina Medicare Complete Care Plus lo ayudará a programar su transporte. En el capítulo 4 de este manual, se encuentra una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de Molina Medicare Complete Care Plus, a menos que se autorice previamente.

F2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen viajes hacia y desde sus citas para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- Viaje hacia y desde una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor.
- Retiro de recetas y suministros médicos.

Molina Medicare Complete Care Plus le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio privado/público para llegar a su cita no médica en caso de recibir los servicios autorizados por su proveedor. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades.

En ciertas ocasiones, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted coordina. Molina Medicare Complete Care Plus debe aprobar esto **antes** de que usted realice el viaje. Asimismo, usted debe informarnos el motivo por el que no puede realizar el viaje de otra manera, como en un autobús. Nos puede comunicar dicho motivo por llamada telefónica, por correo electrónico o en persona.

No se le puede realizar un reembolso por conducir usted mismo(a).

El reembolso de millas requiere que se presenten todos los siguientes documentos:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro del vehículo del conductor.
- Una prueba del seguro automotor para el conductor.

Si desea solicitar transporte para recibir los servicios que se autorizaron, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, al menos con 2 días laborales de anticipación antes de su cita (lunes a viernes). Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los indígenas de los EE. UU. pueden comunicarse con su Clínica de Servicios de Salud para Indígenas local si desean solicitar transporte no médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Límites de transporte no médico

Molina Medicare Complete Care Plus cubre el transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. **No puede conducir usted mismo(a) ni recibir reembolsos directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica en los siguientes casos:

- Se necesita una ambulancia, furgoneta, furgoneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar al lugar donde recibirá un servicio.
- Necesita asistencia del conductor de ida y vuelta a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o médica.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar ni salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no tiene cobertura de Medicare ni Medi-Cal.

G. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe

G1. Atención en una emergencia médica

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

- Serio riesgo 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**
- O, en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando se cumplen los siguientes criterios:
 - 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.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. **No** necesita la aprobación ni la remisión de su PCP. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia siempre y cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o de sus territorios en todo el mundo, de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada.
- **En cuanto pueda, informe al plan sobre su emergencia.** Realizaremos un 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, usted no pagará los servicios de emergencia si tarda en informarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros lo puede encontrar en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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.

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** de su *Manual del Miembro*.

- 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 Medicare Complete Care Plus 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:
 - 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. Es posible que usted acuda a recibir atención de emergencia y el doctor diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Cubrimos la atención médica si usted creía de forma razonable que su salud estaba en grave peligro.

Después de que el doctor diga que no fue una emergencia, nosotros cubriremos su atención médica adicional solo si:

- Recurre a un proveedor de la red, **o**
- La atención adicional que obtenga se considera “atención médica requerida con urgencia”, y sigue las normas (consulte la Sección H2) para obtenerla.

G2. Atención médica requerida urgentemente

Los cuidados requeridos urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una afección existente o un dolor de garganta intenso que se produjo durante el fin de semana y necesitar tratamiento.

Atención médica requerida con urgencia en el área de servicios de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención médica requerida con urgencia solo en los siguientes casos:

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

Si no es posible ni conveniente conseguir un proveedor de la red, nosotros cubriremos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede recibir cuidado urgente en cualquier centro de cuidado urgente disponible. También puede llamar

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 con urgencia fuera del área de servicios de nuestro plan

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

Usted está cubierto(a) para emergencias a nivel mundial y servicios de cuidados de urgencia con hasta \$10,000 por año calendario. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

G3. Atención médica durante un desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, debe surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.

H. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan

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

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

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

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios y
- que se describen en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el **Capítulo 4**) de su *Manual del Miembro*
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si obtiene servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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** de su *Manual del Miembro*, se explica qué debe hacer si desea que cubramos un elemento o servicio médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, tendrá que pagar el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de los beneficios utilizó.

I. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueban un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y determina si usted puede participar en este. Usted puede estar en el estudio, siempre que cumpla con las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras se encuentre en el estudio, podrá permanecer afiliado a nuestro plan. De este modo, nuestro plan continúa cubriendo los servicios y la atención no relacionados 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. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio sean proveedores de la red.

Le recomendamos que nos informe antes de 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 a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.

I2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si usted se ofrece como voluntario(a) para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos de rutina asociados a la atención. Si se inscribe en un estudio de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cubierta la mayoría de los servicios y elementos que recibe como parte del estudio. Esta incluye:

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica, pagamos cualquier costo que Medicare no apruebe, pero que nuestro plan apruebe. Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no han aprobado**, usted paga cualquier costo derivado de la participación en el estudio.

I3. Más acerca de los 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 el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica

J1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa de atención médica es un lugar que proporciona cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada está contra sus creencias religiosas, cubrimos la atención médica en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Parte A (servicios no médicos de atención médica).

J2. Atención en una institución religiosa no médica que brinde atención médica

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

- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier tipo de atención médica **voluntaria y no exigida** por la ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier tipo de atención médica que **no es voluntaria y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos no religiosos de la atención médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.

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

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye algunos elementos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas 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 es propietario de ciertos elementos, como los protésicos.

En esta sección, hablamos sobre el DME que alquila. En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, no será propietario del DME, sin importar cuánto tiempo lo haya alquilado.

En determinadas situaciones limitadas, le transferimos la 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.

Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses seguidos conforme a Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será dueño del equipo.

K2. La propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

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

Si realizó menos de 13 pagos por el elemento de DME conforme a Original Medicare **antes** de inscribirse en nuestro plan, esos pagos anteriores no cuentan para los 13 pagos consecutivos. Debe hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en el propietario. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

K3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

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

K4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses.
- Equipo de oxígeno y suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo, se le informa acerca de los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite sobre 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 de su *Manual del Miembro*.

Nuevos miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Molina Medicare Complete Care Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar su inscripción en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan de salud de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al (855) 665-4627, TTY:711.

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos	53
A1. En caso de emergencias de salud pública	53
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	53
C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	53
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan	55
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	106
E1. California Community Transitions (CCT)	106
E2. Programa dental de Medi-Cal	107
E3. Cuidado paliativo	108
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	108

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga por cada servicio. 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. Como recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el capítulo 3 del Manual del Miembro para conocer las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627.

A1. En caso de emergencias de salud pública

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

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Allí se enumeran los servicios cubiertos por orden alfabético y se explican.

Pagamos por los servicios descritos en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Debemos proporcionarle los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal 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” se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares 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 pagamos por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarlo antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP o recibir atención de otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. El **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* tiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo no la necesita.
- Debe recibir atención de los proveedores están afiliados con el grupo médico de su PCP. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.
- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de Beneficios únicamente si su doctor u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. En la Tabla de Beneficios, marcamos en **negrita** los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.
- Si está dentro del período de (6) meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente y pagando las mensualidades de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios no cambian durante este período.

Información Importante sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Afecciones Crónicas. Si padece las siguientes afecciones crónicas y cumple determinados criterios médicos, puede ser elegible para los siguientes beneficios adicionales:

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia.
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal.
- Insuficiencia renal en etapa terminal (IRET).
- Trastornos hematológicos graves.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos.
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos.
- Accidente cerebrovascular.

Consulte la fila “Ayuda con Ciertas Afecciones Crónicas” en la Tabla de Beneficios para obtener más información.

La mayoría de los servicios médicos preventivos son gratuitos. Encuentre esta manzana  al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos solo una vez por un examen preventivo de ecografía para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
	<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura ambulatorios en cualquier mes natural o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos 8 sesiones adicionales de acupuntura por lumbago crónico si muestra una mejoría. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por lumbago crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se deben suspender si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada tratamiento cubierto por Medicare</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagamos por un examen preventivo de abuso de alcohol (Detección, intervención breve y remisión a tratamiento [Screening, brief intervention and referral to treatment, SABIRT]) para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes de este. 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 cuidados primarios capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
	<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia por tierra, de ala fija y de ala giratoria (helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención 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>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Se necesita una autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p> <p>Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Refiérase a “Cobertura Internacional de Emergencia o de urgencia” en esta tabla si necesita transporte de emergencia en ambulancia fuera de los Estados Unidos.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen físico anual (Suplementario) El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para los servicios adicionales de examen físico que solo puede prestar un médico, una enfermera especializada o un médico asociado. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante la inspección visual, la palpación, la auscultación y la percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una condición física.</p>	<p>\$0 Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.</p>
	<p>Consulta preventiva anual Debe realizarse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses.</p>	<p>\$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p>
	<p>Servicios preventivos del asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar destinada a detectar los desencadenantes que se encuentran habitualmente en el hogar para las personas con asma mal controlada.</p>	<p>\$0</p>
	<p>Mediciones de masa ósea Pagamos 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. El plan cubre los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos por un doctor para que examine y comente sobre los resultados.</p>	<p>\$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
	<p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Cubrimos 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. 	<p>\$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una remisión u orden del doctor.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<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 dé consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
	<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 sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años</p>
	<p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Cubrimos 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. • Para las mujeres de entre 30 y 65 años: pruebas de virus de papiloma humano (VPH), o pruebas de Papanicolaou y HPV una vez cada 5 años. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. 	<p>Paga \$0 por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, 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. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
	<p>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)</p> <p>Los Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Services, CBAS) son un programa de servicios basado en un centro de atención médica ambulatoria donde las personas asisten de acuerdo con un programa. Proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, tratamientos (incluidas la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla), cuidado personal, entrenamiento de la familia/del cuidador y apoyo, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos 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>	<p>\$0</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<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"> • Pagamos dos intentos para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicios médicos preventivos. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento incluye hasta cuatro consultas presenciales de 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"> • Pagamos dos intentos de asesoramiento para 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>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, las limpiezas, los empastes y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal o del Pago por Cada Servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal.</p> <p>Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de \$4,000 por cada año calendario para todos los servicios dentales preventivos e integrales suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. Los servicios estéticos no están cubiertos por el plan y usted no puede utilizar su tarjeta MyChoice para pagarlos. La asignación debe utilizarse para servicios que aún no cuentan con la cobertura de Original Medicare ni Medi-Cal (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice.</p>
	<p>Examen de detección de depresión</p> <p>Pagamos por un examen preventivo 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>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de diabetes</p> <p>Pagamos este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta 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>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos 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 las personas diabéticas que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagamos 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) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, contacte al Departamento de Servicios para Miembros. 	<p>Usted paga \$0 por este beneficio.</p> <p>Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo.</p> <p>Consulte “Cuidado para la visión” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma.</p> <p>Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies.</p> <p>Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (MNT).</p> <p>Se puede requerir autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.</p> <p>No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de doulas</p> <p>A las personas embarazadas les pagamos nueve consultas con una partera durante el período prenatal y el posparto, así como apoyo durante el parto.</p>	<p>\$0</p>
	<p>Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el capítulo del <i>Manual del Miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico de uso prolongado (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las eléctricas • 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 (i.v.) 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 (para su instalación en una puerta). • Estimulador del hueso. • Equipo para la atención de la diálisis. <p>Otros elementos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagamos 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> <p>Usted paga \$0 por el DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</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 • Y son 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; ○ • O, en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando se cumplen los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ La transferencia a otro hospital 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>Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año natural para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.</p>	<p>\$0</p> <p>Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica.</p> <p>Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si nuestro plan aprueba su permanencia.</p> <p>Debe volver a un hospital de la red para que su atención continúe siendo pagada. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si nuestro plan aprueba su permanencia.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	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>Cubrimos 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 (SIU/DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico asociado o por un proveedor no contratado, en el caso de una emergencia médica. • Cuidado 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 (ITS). • Asesoramiento y pruebas para detectar el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización, al menos, 30 días antes, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. <p>También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá acudir a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:</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 SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas <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> <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, al número de teléfono gratuito 1 (800) 942-1054.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota: Es posible que algunos hospitales y otros proveedores no proporcionen algunos de los servicios de planificación familiar que pueden estar cubiertos por el contrato de su plan. Estos pueden incluir asesoramiento para la planificación familiar y servicios de anticoncepción, incluidos la anticoncepción de emergencia, la esterilización (incluye la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o el aborto. Llame a su doctor, grupo médico o clínica, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita. 	
	<p>Beneficio de Acondicionamiento Físico (Suplementario)</p> <p>Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un kit de Home Fitness. El kit lo ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y se encuentran sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.</p>	<p>\$0</p> <p>No se requiere remisión ni autorización previa para usar este beneficio.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.</p>
	<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 • Y línea directa de enfermería. 	<p>\$0</p>



	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 cubiertos como atención médica ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>Usted cuenta con la cobertura de 1 examen auditivo cada año y del servicio de ajuste/evaluación de audífonos en 1 ocasión cada 2 años con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan cubre un ajuste/evaluación adicional de los audífonos en 1 ocasión cada año.</p> <p>Si le indican que necesita audífonos, usted cuenta con una asignación para audífonos de \$1510 cada año para ambos oídos combinados con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan cubre 2 audífonos preseleccionados adicionales de un proveedor aprobado por el plan.</p> <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, suministros y plantillas. • Reparaciones que cuestan más de \$25 por reparación. • Un juego inicial de baterías. • Seis consultas de entrenamiento, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que obtenga el aparato auditivo. • Alquiler, en periodo de prueba, de aparatos auditivos. 	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Si se le diagnostica las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas. • Trastornos autoinmunitarios. • Cáncer. • Trastornos cardiovasculares. • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia. • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal. • Insuficiencia renal en etapa terminal (IRET). • Trastornos hematológicos graves. • VIH/SIDA. • Trastornos pulmonares crónicos. • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. • Trastornos neurológicos. • Accidente cerebrovascular. <p>Deberá presentar un formulario de evaluación de riesgos de la salud completado por su médico que lo identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se enumeran a continuación. Se deberá completar el siguiente proceso para poder calificar:</p> <p>Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su Administrador de Casos para iniciar su solicitud de acceso a estos beneficios. Nota: Al solicitar este beneficio, usted autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a ponerse en contacto con usted por teléfono, por correo o por cualquier otro método de comunicación que se indique expresamente en su solicitud.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a su tarjeta MyChoice.</p> <p>Es posible que se requiera la participación en un programa de manejo de cuidados. Los miembros también deben tener la aprobación del médico para las pruebas basadas en la falta de información médica histórica.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Tras recibir su solicitud para acceder a los Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), un representante del Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Casos le enviará un formulario de Evaluación de Riesgos de Salud y remisión a SSBCI para que lo complete su proveedor, en caso de que no haya uno actual en los archivos de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>Usted (el miembro) tendrá que programar una cita con su médico de atención médica primaria para realizar una evaluación, completar su formulario de evaluación de riesgos de la salud y seleccionar cada afección que califique incluida en el formulario de remisión de SSBCI.</p> <p>Su proveedor debe completar y firmar tanto el formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud como el formulario de remisión de SSBCI y enviarlos por fax al número que aparece en el formulario de remisión de SSBCI.</p> <p>Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) enviará un comprobante de recibo y, una vez aprobado, le notificará los fondos adicionales del SSBCI que estarán disponibles a través de su tarjeta MyChoice.</p> <p>Una vez aprobada, su tarjeta MyChoice se cargará automáticamente con un máximo de \$150 dólares al trimestre para utilizarlos en los beneficios de la SSBCI. Los beneficios SSBCI que se indican a continuación pueden combinarse en función de su estado, pero el monto de asignación máxima es un total de \$150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se transferirán al siguiente trimestre.</p> <p>Asignación de suministros para animales de servicio:</p> <p>Brinda apoyo a los miembros con una discapacidad o afección crónica que requieren la asistencia de Animales de Servicio. A fin de ser elegible para recibir este beneficio, nuestro plan requiere una HRA completa y la confirmación de la necesidad de Animales de Servicio. La asignación de Suministros para Animales de Servicio puede utilizarse para la compra de alimentos y suministros para animales en cualquier comercio minorista o en línea identificado como tienda de mascotas (por ejemplo, Petco, PetSmart, Chewy, etc.). La asignación no cubre el costo de adquisición del animal, el entrenamiento ni ningún servicio veterinario del animal de servicio.</p> <p>Control de plagas:</p> <p>Este beneficio se limita a los servicios preventivos de rutina de control de plagas en su residencia actual (en la dirección registrada en el plan).</p> <p>El tratamiento de control de plagas puede ser proporcionado por cualquier proveedor con una identificación comercial registrada que indique que es un servicio de control de plagas.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Este beneficio continúa en la siguiente página	

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>El proveedor preferido de Control de Plagas de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es Terminix. Terminix está contratado directamente con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para proporcionar servicios de control de plagas preventivos de rutina a un precio especial.</p> <p>Los miembros deben utilizar su Tarjeta MyChoice para pagar los servicios.</p> <p>Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre:</p> <p>Las pruebas incluyen, entre otras: sensibilidad a los alimentos, alergia en interiores y exteriores, sueño y estrés, y mucho más.</p> <p>Este beneficio está diseñado para ayudar a los miembros que pueden no tener acceso a los antecedentes médicos de su familia a fin de indicar posibles problemas de salud en el futuro.</p> <p>Los miembros pueden comprar estas pruebas en cualquier sitio web en línea que cuente con una identificación de comerciante registrada indicando que son proveedores de pruebas genéticas.</p> <p>Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) tiene contratos directos con Everlywell para ofrecer pruebas a un precio especial.</p> <p>Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice previamente cargada para pagar los servicios.</p> <p>Asignación para aplicaciones de salud mental y bienestar:</p> <p>Las aplicaciones de salud mental y bienestar están diseñadas para proporcionar herramientas valiosas que ayuden a los miembros a manejar la discapacidad.</p> <p>Entre los ejemplos de Aplicaciones de Salud Mental y Bienestar se incluyen: Talkspace, Headspace, Calm, etc.</p> <p>Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice previamente cargada para comprar estas aplicaciones. El beneficio SSBCI que figura a continuación tiene un monto de asignación máxima de \$35 al mes. Esta asignación mensual no se comparte con los beneficios de SSBCI mencionados anteriormente. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>Alimentos y productos:</p> <p>Si es elegible, podrá gastar \$80 en sus beneficios de Alimentos y Productos. Esta asignación mensual no se comparte con los siguientes servicios de SSBCI: el Control de Plagas, los Suministros para Animales de Servicio, el Kit de Pruebas Genéticas que Medicare no cubre y las Aplicaciones de Salud Mental y Bienestar. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente.</p> <p>Puede utilizar la asignación de su tarjeta MyChoice para comprar una variedad de productos alimenticios saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana, o bien en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina.</p>	
	<p>Examen de detección de VIH</p> <p>Pagamos por un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soliciten una prueba de detección de VIH o • O estar en mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos exámenes preventivos del VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>
	<p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</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>Pagamos 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. 	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Para realizar las infusiones en el hogar, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con su plan de cuidado; • entrenamiento y educación de miembros que no están incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusiones en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar, suministrados por un proveedor aprobado para brindar este tipo de tratamientos. 	<p>Usted paga \$0 del costo por la terapia de infusiones en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Cuidados paliativos</p> <p>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. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidado paliativo certificados por Medicare. Su doctor de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan paga por lo siguiente mientras usted recibe 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 F de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. Cubrimos los servicios estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:</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 de su <i>Manual del Miembro</i>. <p>Nota: Si necesita un cuidado distinto del cuidado paliativo, llame a su Administrador de Casos para coordinar los servicios. El cuidado distinto del cuidado paliativo 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>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Inmunizaciones</p> <p>Cubrimos 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. • Vacunas contra el COVID 19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. <p>Pagamos por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.</p> <p>También pagaremos todas las vacunas para adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor de las Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19.</p>
	<p>Servicios de Apoyo en el Hogar (Suplementarios)</p> <p>Usted cuenta con acceso a Servicios de Apoyo en el Hogar, que incluyen asistencia con la limpieza, las tareas domésticas y la preparación de comidas, así como asistencia con otras actividades fundamentales de la vida cotidiana. Usted tiene acceso a hasta 90 horas cada año.</p>	<p>\$0</p>



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>Pagamos 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>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 Molina Medicare Complete Care Plus proporciona servicios de trasplante fuera del marco de atención de nuestra comunidad, y usted decide recibir su trasplante allí, nosotros organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje 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 de médicos. 	<p>\$0</p> <p>Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos por servicios de atención de salud 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, pagamos durante los primeros 190 días. Luego, el organismo de salud mental local del condado paga los servicios psiquiátricos para pacientes internados que sean médicamente necesarios. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordina con el organismo de salud mental local del condado. <ul style="list-style-type: none"> ◦ El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que recibe en un Instituto para enfermedades mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>No pagamos su hospitalización si no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención durante la hospitalización no está cubierta, 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>Pagamos 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. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo). ◦ 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 necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos de enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 de su <i>Manual del Miembro</i>, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no puede atender pacientes de manera provisional. • 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 en el hogar, tales como consultas necesarias de personal de diálisis entrenado para controlar la diálisis en el hogar, 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 Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios. Medicare cubre hasta 6 sesiones durante la vida.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan paga un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen preventivo, nuestro plan paga por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su doctor u otro proveedor aprobado.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y las consultas de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Beneficio de Alimentos (Suplementario)</p> <p>Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas.</p> <p>El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad dietética que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año natural.</p> <p>Su administrador de casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días laborables) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de la(s) fecha(s) de entrega.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	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>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Cubrimos las dos horas de servicios de consejería 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 doctor debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si necesita tratamiento el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a fomentar un comportamiento saludable. Proporciona entrenamiento práctico 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. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio (MDPP).</p>



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. Nuestro plan paga 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 de un centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un doctor. • Medicamentos administrados por medio de equipo médico de uso prolongado (como nebulizadores) que nuestro plan autoriza. • 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. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un doctor certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted no puede inyectarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® o Epoetina Alfa). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace lo dirige a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: www.molinahealthcare.com/Medicare</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 de su <i>Manual del Miembro</i>, se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>En el Capítulo 6 de su <i>Manual del Miembro</i>, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	<p>\$0</p> <p>Paga \$0 por cada medicamento recetado de Medicare Parte B.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia progresiva.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Tarjeta MyChoice</p> <p>La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito de beneficios prepagados que puede usarse para pagar ciertos beneficios suplementarios del plan, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos de venta libre. • Odontología • Servicios para la vista. • Transporte. • Alimentos y Productos*. • Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas <p>* Se aplican requisitos de elegibilidad.</p> <p>La tarjeta de débito prepagada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por esta tarjeta de beneficios. Los fondos se cargan a la tarjeta en cada período de beneficios. Un período de beneficios puede ser mensual o trimestral, según los beneficios. Al final de cada período de beneficios, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente período o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de la fecha de cancelación de su inscripción. Las asignaciones para tarjetas MyChoice solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Para obtener más información sobre su beneficio de elementos de venta libre o sobre cómo calificar para los Alimentos y Productos, y Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses, SSBCI), llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Para acceder a los subsidios para SSBCI, los miembros deben tener: una afección crónica que califique; una Evaluación de Riesgos de la Salud (Health Risk Assessment, HRA) válida completada para su inscripción actual en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del doctor en conjunto con el Manejo de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Asesoramiento nutricional</p> <p>Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un “Formulario para remisión de educación para la salud” de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. <p>Las sesiones individuales de Nutrición/Alimentación no tienen límite con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid).</p> <p>Nuestro plan cubre 12 sesiones telefónicas grupales/individuales adicionales. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.</p>	<p>\$0</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Cuidado en los centros de enfermería</p> <p>Un Centro de Enfermería (Nursing Facility, 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 pagamos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • 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 para la vista <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición. • Cuidado quiropráctico. • Servicios de podología. <p>Por lo general, usted obtiene 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 esposo(a) o pareja doméstica vive en el momento en que usted recibe el alta médica 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, pagamos por 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 cuidados primarios para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OPT)</p> <p>Nuestro plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, 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). 	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por servicios brindados por un programa de tratamiento de opioides ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero esta puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento con opioides.</p>
	<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. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos los materiales y suministros de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluidas su conservación y administración. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los servicios médicamente necesarios que reciba en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como los ejemplos que se indican a continuación:</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 doctor sepa si es necesario internarlo en el hospital. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/media/11101 • 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. 	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención médica mental ambulatoria</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico o un psiquiatra autorizado por el estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Una enfermera clínica especializada. • Una enfermera especializada. • Un médico asociado. • Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes aplicables <p>Pagamos 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 o intensivos para pacientes ambulatorios • Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo. • Evaluaciones psicológicas cuando son indicadas clínicamente para determinar un resultado de salud mental. • Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos. • Suplementos, medicamentos, suministros y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Consulta psiquiátrica. 	<p>\$0</p> <p>Usted pagará \$0 cada vez que necesite atención de salud mental y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios por personal no médico, lo que incluye el control de la terapia con medicamentos y las visitas de terapia individual o grupal.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatorios 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>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada visita al fonoaudiólogo (SP), terapia física (PT) ambulatoria o terapia ocupacional (OT) médicamente necesarias.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Pagamos 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 médico 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). 	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por servicios y cirugía ambulatorios en centros de salud para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada cirugía ambulatoria cubierta, lo que incluye, entre otros, los cobros de hospital u otro centro y los cargos médicos o quirúrgicos.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos de venta libre (OTC, Over-the-counter) (suplementarios)</p> <p>Usted obtiene \$400 cada trimestre para gastar en artículos, productos y medicamentos de venta libre aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice. Consulte la sección “Tarjeta MyChoice” para obtener más información.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente período de beneficios.</p> <p>Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío y vendas.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/Molina. • Por teléfono: llame al (877) 208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de artículos OTC. Artículos OTC por teléfono, por pedido por correo, en línea o en persona en tiendas minoristas seleccionadas. • Tarjeta de débito OTC: en las tiendas minoristas participantes. <p>Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2023 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de soporte de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC del 2023.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice.</p> <p>Usted obtiene \$400 cada trimestre (3 meses) para comprar elementos, productos y medicamentos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Un trimestre o un periodo trimestral tienen una duración de 3 meses. Los periodos trimestrales para obtener sus beneficios de OTC cubiertos son los que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De enero a marzo. • De abril a junio. • De julio a septiembre. • De octubre a diciembre. <p>Los \$400 que obtiene cada trimestre vencen al final del período trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier monto que no haya utilizado antes del final del trimestre. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<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> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada día que califique para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Debe cumplir con ciertos requisitos a fin de calificar para cobertura y su doctor debe certificar que usted, de lo contrario, necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado.</p> <p>Este tratamiento se administra durante el día en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario de salud mental y no requiere que se quede a pasar la noche.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) (Suplementario)</p> <p>PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si califica, se le entregará un dispositivo móvil, un celular o un dispositivo de línea fija y un pequeño colgante que debe usar en todo momento. El colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con sólo presionar un botón, se le conectará con un representante del Centro de atención de la compañía de monitoreo.</p> <p>Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Ya sea que necesite un servicio médico urgente o un miembro de la familia para ayudarlo, el representante del Centro de Atención de clientes le ayudará a conseguir la ayuda que necesita.</p> <p>Los miembros calificados también recibirán niveles de servicio PERSPlus. Con su dispositivo móvil o del hogar de PERS, puede activar un botón en el caso de alguna necesidad no emergente. Si se siente solo(a) o desea hablar con alguien; si necesita ayuda para programar su cita con el doctor u organizar el transporte; o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, el Representante del Centro de Atención lo(a) ayudará y podrá conectarlo(a) con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) o con su Administrador de Casos para que obtenga la asistencia que necesita.</p>	<p>\$0</p> <p>Su Administrador de Casos decidirá si usted califica para este beneficio. Se necesita autorización previa.</p>
	<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>Cubrimos 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 • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su doctor los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los <i>beneficios adicionales de telesalud</i>. 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



	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"> • Se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su doctor, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental no rutinario. 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 para tratar una neoplasia cancerosa. ◦ Servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico. 	

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de podología</p> <p>Cubrimos 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. <p>Además de su cobertura de Medi-Cal (Medicaid), el plan ofrece 12 consultas de rutina suplementarias adicionales para el cuidado de los pies cada año calendario.</p> <p>No necesita una condición subyacente para aprovechar este beneficio. La cobertura incluye cuidados generales del pie como eliminación de callos, corte de uñas, tratamiento para piel agrietada y otros problemas relacionados con los pies.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<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. • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.</p>



	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. Pagamos 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, las bombas de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los 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 se extirpó o alteró como resultado de una enfermedad, una lesión o un defecto congénito. • Pañales y crema para la incontinencia. <p>Pagamos por algunos materiales relacionados con dispositivos ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos ortopédicos.</p> <p>Ofrecemos alguna cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada dispositivo ortopédico o protésico cubierto por Medicare, incluyendo el reemplazo o reparación de dichos dispositivos y los suministros relacionados.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de intensidad moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Pagamos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de un respirador.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Pagamos los exámenes preventivos de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección preventivos están cubiertos para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidados primarios debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo solo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios de exámenes preventivos de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>Nuestro plan cubre las internaciones en un SNF dentro y fuera de Medicare sin que se requiera una hospitalización previa.</p> <p>Pagamos 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 obtiene 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 usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su esposo(a) o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. 	<p>\$0</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tienen una remisión para la PAD del médico responsable de su tratamiento.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un periodo 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 aprobado 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 médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada capacitados en técnicas básicas y avanzadas de apoyo. 	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por visitas de Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) cubiertas por Medicare.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
	<p>Transporte: 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 paratransito.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otra forma de transporte público o privado. • De acuerdo con el servicio, es posible que se requiera una autorización previa. <p>Consulte el Capítulo 3, Sección F para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Transporte: Transporte que no sea médico.</p> <p>Este beneficio permite el transporte a servicios médicos por automóvil, taxi u otras formas de transporte público y privado.</p> <p>El transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria, incluido el traslado a las citas con el dentista y para retirar medicamentos recetados.</p> <p>Los Servicios de Transporte no tienen límite con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan proporciona una asignación adicional de \$200 cada trimestre (3 meses) en su tarjeta Molina MyChoice para gastar en transporte a un lugar relacionado con la salud a su criterio. Este monto no corresponde a un número fijo de “viajes”, pero se puede utilizar para comprar transporte que no sea de emergencia para el límite del beneficio.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente período de beneficios. Puede utilizar su tarjeta MyChoice para comprar viajes en aplicaciones de transporte de pasajeros, servicios de taxi u otras formas de transporte que no sean de emergencia, como pases de autobús, tarjetas de tren u otras formas de transporte público.</p> <p>Se recomienda a los miembros maximizar la cantidad de traslados disponibles a través de esta asignación. Para los destinos solicitados con frecuencia, como centros de diálisis o centros de fisioterapia, comuníquese directamente con el centro en cuestión para consultar si hay algún transporte más económico disponible antes de programar otro tipo de servicio de transporte de pasajeros.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual.</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Atención de urgencia</p> <p>El cuidado urgente es la atención proporcionada para el tratamiento de los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una no emergencia que requiera atención médica urgente, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una lesión, o • O una afección que requiere atención inmediata. <p>Si requiere cuidado urgente, primero debe tratar de obtenerlos de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p> <p>Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año natural para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare Su costo compartido es el mismo para servicios de atención urgente fuera o dentro de la red.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Cuidado para la vista</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista rutinario por año. • Hasta \$100 para anteojos (monturas y lentes) o hasta \$100 por lentes de contacto cada dos años. <p>Pagamos por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad.</p> <p>Para las personas con mayor riesgo de presentar glaucoma, pagamos un examen preventivo 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 que padecen diabetes. • Afroamericanos de 50 años o más. • Hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte una lente intraocular. Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. 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> <p>Además de su cobertura de Medi-Cal (Medicaid), nuestro plan proporciona una asignación adicional de \$500 cada año para exámenes de la vista de rutina y artículos para la vista combinados. Puede utilizar su tarjeta MyChoice para obtener sus beneficios oftalmológicos. Los servicios estéticos no están cubiertos por el plan y usted no puede utilizar su tarjeta MyChoice para pagarlos. La asignación debe utilizarse para servicios que aún no cuentan con la cobertura de Original Medicare ni Medi-Cal (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice.</p>



	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 las vacunas). • Remisión para atención adicional si la necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su doctor que usted desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	<p>Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)</p> <p>Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta \$10,000 cada año calendario para cuidados internacionales de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).</p> <p>Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como cuidados de emergencia o urgencia si la atención se hubiera proporcionado en United States. La cobertura internacional incluye cuidados de emergencia o urgencia, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización.</p> <p>Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud.</p> <p>Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan.</p> <p>El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos.</p> <p>Los impuestos y cargos extranjeros (lo que incluye pero no se limita a, conversión de moneda o cargos por transacción) no están cubiertos. U.S. abarcan 50 estados, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de los EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan.</p> <p>Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de los EE. UU.</p> <p>Se aplica un máximo del plan de \$ 10,000 cada año natural para este beneficio.</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por cada servicio de Medi-Cal o de Original Medicare.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el periodo 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 y transición de cualquier Organización Líder de CCT que opere en el condado donde vive. Puede encontrar una lista de las Organizaciones Líderes de CCT y los condados en los que operan en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal paga 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 nos facturará sus servicios. Nuestro plan paga los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras reciba servicios de coordinación de la transición de CCT, nosotros pagamos por los servicios que están enumerados en la Tabla de Beneficios de la Sección D.

Sin cambios en el beneficio de la cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio de medicamentos habitual a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Miembro*.

Nota: Si necesita cuidado de transición que no relacionado al CCT, llame a su Administrador de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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

Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal; estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- 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 Dental de Medi-Cal como pago por cada servicio. Si desea obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-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 dental.dhcs.ca.gov/.

Además del pago por cada servicio del Programa Dental de Medi-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,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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.

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la Tabla de Beneficios de la **Sección D** para obtener más información.

E3. Cuidado paliativo

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. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidado paliativo certificados por Medicare. Su doctor de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D para obtener más información sobre lo que nosotros pagamos mientras usted recibe servicios de cuidado paliativo.

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 le cobra a Medicare por sus servicios. Medicare paga por 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 los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:

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

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, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para coordinar los servicios. El cuidado distinto al cuidado paliativo es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección, se describen los beneficios excluidos por nuestro 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 elementos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

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

- Servicios considerados “no justificados ni médicamente necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3**, página 48, de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por este.
- 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.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura.
- 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.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

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 por Medicare Parte D y Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, a pesar de que no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Estos, generalmente, incluyen medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Entre estos, se incluyen algunos de los medicamentos quimioterápicos, algunas inyecciones de medicamentos administradas durante una consulta médica con un doctor u otro proveedor, y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de su Manual del Miembro.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

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

1. Debe solicitarle al doctor u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidados primarios lo remitió.
2. Su recetador **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
4. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro 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.
 - También tenga en cuenta que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.
5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinadas referencias médicas. Su doctor puede ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas	113
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica	113
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del plan cuando le surtan una receta médica	113
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	113
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	113
A5. Cómo usar una farmacia especializada	114
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos	114
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	115
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	116
A9. Cómo le reembolsamos una receta médica	116
B. Lista de Medicamentos de nuestro plan	116
B1. Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos	116
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos	117
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	117
B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de medicamentos	118
C. Límites para algunos medicamentos	118
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	120
D1. Obtener un suministro temporal	120
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	122
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	124
F1. En un hospital o un centro de cuidados especializados para una estadía cubierta por nuestro plan	124
F2. En un centro de cuidados prolongados	124
F3. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare	124
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	125
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura	125
G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos	125
G3. Programa de manejo de medicamentos para el uso seguro de medicamentos con opioides	126



A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas médicas **solo** cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Puede recurrir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Casos.

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

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

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene la tarjeta de identificación del plan o la BIC a la hora de 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. Luego, puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten que la farmacia expida un suministro de no menos de 72 horas de la receta que necesita en caso de emergencia.**

Comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte **el Capítulo 7** de su *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta médica, comuníquese 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 renovación de una receta médica, puede pedir que un proveedor le haga una nueva receta o pida a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia si le quedan renovaciones.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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.

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 a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Casos.

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

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 31 días y no mayor de 90 días. Un suministro 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para obtener formularios de solicitud e información sobre la renovación de recetas médicas por correo postal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o bien, puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Por lo general, una receta médica por correo llega dentro de los siguientes 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir un suministro

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



provisional de su receta, al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

El servicio de pedido por correo tiene procedimientos diferentes para las nuevas recetas médicas que usted le solicita, 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 surte y envía automáticamente las nuevas recetas médicas que usted le solicita.

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

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

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le enviará el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

3. Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo

Para renovar su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se venza su receta actual, para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo. Si tiene dificultades y necesita ayuda, comuníquese con su Administrador de Casos al (855) 665-4627, TTY: 711.

Informe a la farmacia la mejor forma de comunicarse con usted para que esta pueda contactarse con usted y confirmar el pedido antes de enviarlo. 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, debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro 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 de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar 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 pagamos 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 una cantidad 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 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.

Si paga el costo total de una receta médica que podría estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse el costo una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Como alternativa, puede solicitar que Medi-Cal Rx le haga un reembolso; para ello, debe enviar un reclamo de “reembolso de gastos de su propio bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx en: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro*.

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con el asesoramiento de un equipo de doctores y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también incluye las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biosimilares.

Un medicamento de marca registrada es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca registrada que son más complejos que los medicamentos habituales (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de Medicamentos, cuando hablamos de “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca registrada. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca registrada y los productos biológicos; además, suelen costar menos. Existen sustitutos de los medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca registrada y algunos productos biológicos. Si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca registrada va a satisfacer sus necesidades, hable con su proveedor.

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 nuestra Lista de Medicamentos

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

- Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web de nuestro plan en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. La lista de medicamentos que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos o solicitar una copia de esta.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D podrían estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx en (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de Medicamentos, debido a que la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos. Si se le recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, sus necesidades de este medicamento recetado siempre se evaluarán según las políticas de cobertura de nuestro plan, así como según las normas de cobertura de Medicare.

Nuestro plan no paga por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, puede que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso particular, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye a la Parte D) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B de forma gratuita, pero estos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su doctor puede recetarle algún medicamento para tratar su afección, a pesar de que este no haya sido aprobado para esta. Esto se llama “uso fuera de lo indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, ni Medicare ni Medi-Cal pueden cubrir los tipos de medicamentos indicados a continuación.

- 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 producidos por una compañía que dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las cinco (5) categorías. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre [OTC]). En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

- Nivel 1: medicamento genérico preferido (costo compartido más bajo)
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: categoría de medicamentos especializados (costo compartido más elevado)

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

En el **Capítulo 6** del *Manual del Miembro*, se le indica el monto que usted paga por los medicamentos de cada categoría de costo compartido.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones sobre cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas recomiendan que adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica. Cuando un

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*.

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

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

B frente a D: Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

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

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

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

2. Obtención de aprobación previa del plan

En el caso de algunos medicamentos, usted o su doctor deben obtener nuestra aprobación antes de surtir la receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, deseamos que utilice medicamentos de menor costo que sean 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, cubriremos el Medicamento B. Esto se denomina terapia progresiva.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de servicios para miembros o consulte nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Duals. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación. Para obtener más información acerca de esto, consulte la sección E del Capítulo 9.

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 desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento podría no estar en nuestra Lista de medicamentos. Podríamos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- Cubrimos el medicamento, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el recetador tal vez quieran solicitarnos una excepción.

Existen ciertos recursos a su disposición si no cubrimos un medicamento en la forma que a usted le gustaría que lo hiciéramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o 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 ha 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 nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.
- Si su receta médica está escrita por menos días, le permitimos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento recetado 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.**
 - Este suministro provisional se otorga por un máximo de 31 días.
 - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitimos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento recetado en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de cuidados prolongados y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 31 días, o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son de la “Parte D” y compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.
 - 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 lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiarse a otro medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una lista de medicamentos que cubrimos que sirvan para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no se encuentre en nuestra 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 puede ayudarlo a pedirla.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si un medicamento que usted toma va a ser quitado de nuestra 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 informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera que usted desea.
- Respondemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo del recetador).

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Casos. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación (para obtener más información acerca de esto, consulte la sección E del Capítulo 9).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir si exigir o no una autorización previa para algún medicamento. (Una autorización previa es el permiso otorgado por Molina Medicare Complete Care Plus antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia progresiva con respecto a un medicamento. (Usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas políticas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, generalmente, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que es tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en nuestra Lista de Medicamentos actual.
- Nos enteramos de que un medicamento no es seguro.
- Un medicamento es retirado del mercado.

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

- Consultar nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen al final de la página para consultar la Lista de Medicamentos actual, al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Algunos cambios a nuestra Lista de Medicamentos son **inmediatos**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, se lanzan al mercado medicamentos genéricos nuevos que son tan efectivos como los medicamentos de marca registrada que se encuentran en nuestra Lista de Medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca registrada y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanece igual. Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada 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 enviemos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
 - Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviamos una notificación con los pasos que puede seguir para obtener una excepción. Consulte el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo sacaremos de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informaremos. Comuníquese con el doctor que se lo recetó si recibe una notificación.

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

Le avisamos con anticipación acerca de estos otros cambios a nuestra 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 no es nuevo en el mercado y
 - reemplazamos un medicamento de marca registrada que actualmente está en nuestra Lista de Medicamentos o
 - cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca registrada.

Cuando estos cambios sucedan, nosotros:

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

Esto le da tiempo para hablar con su doctor u otro recetador. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay algún otro medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar.
- O si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información acerca de cómo solicitar las excepciones, consulte el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*.

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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de cuidados especializados para una estadía cubierta por nuestro plan

Si usted es internado en un hospital o en un centro de cuidados especializados para una permanencia cubierta por el plan, por lo general, cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Usted no pagará un copago. Cuando se le dé el alta del hospital o del centro de cuidados especializados, cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de cuidados prolongados

Por lo general, un centro de cuidados prolongados, 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 cuidados prolongados, 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. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare

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

- Es posible que esté afiliado a un centro de cuidado paliativo de Medicare y requiera un medicamento analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad que el centro de cuidado paliativo no cubre porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o proveedor de cuidado paliativo acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidado paliativo 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 cuidado paliativo, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termine el beneficio del centro de cuidado paliativo de Medicare, entregue la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidado paliativo. Lea las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el Capítulo 4 de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo 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 toma 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;
- tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si detectamos un problema posible en el uso de los medicamentos recetados, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos

Puede tomar medicamentos para distintas enfermedades o participar en un programa de administración de medicamentos que lo ayude a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura. En dicho caso, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a 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

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos en el que se recomienda qué hacer para alcanzar el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos, que incluye todos los medicamentos que toma y por qué lo hace.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita preventiva anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

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

G3. Programa de manejo de medicamentos para el uso seguro de medicamentos con opioides

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

Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

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

Si creemos que deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se explican las limitaciones que pensamos que se deben aplicar.

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

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que está en riesgo por consumo inadecuado de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el recetador pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisamos su caso y le informamos nuestra decisión por escrito. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviamos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información acerca de las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*.

El DMP puede no aplicar a usted si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme.
- Recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales.
- Vive en un centro de cuidados prolongados.



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,
- Medicamentos y elementos cubiertos por Medi-Cal Rx,
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

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

Ayuda Adicional 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 Extra (Extra Help) 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 de su *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 los cinco (5) niveles se encuentra cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos más reciente en nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
 - La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por Molina Medicare Complete Care Plus. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx en (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de su *manual del miembro*.
 - Se le indica cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También se le indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - 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 aceptan trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Tabla de Contenidos

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	130
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	130
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	131
C1. Nuestras categorías de costo compartido	132
C2. Sus opciones de farmacia	132
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	133
C4. Lo que paga usted	133
D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	137
D1. Sus Opciones de Farmacia	137
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	137
D3. Lo que paga usted	138
D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	141
E. Etapa 2: Etapa de Brecha en Cobertura	142
F. Etapa 3: Etapa de Cobertura de Catástrofe	142
G. El costo de sus medicamentos si su doctor le receta menos de un mes completo de suministro	142
H. Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA	143
H1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS	143
H2. Si no está inscrito(a) en el ADAP	143
H3. Si está inscrito(a) en el ADAP	143
I. Vacunas	144
I1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	144
I2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare parte D	144



A. La Descripción 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 obtiene sus medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D. La llamamos EOB Parte D para abreviar. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que 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.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el porcentaje del cambio en el precio del medicamento desde la primera vez que lo surtió.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su recetador para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizan en los gastos totales de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede comunicarse con el centro de atención al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

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 plan.

Muestre su tarjeta de identificación de Molina Medicare Complete Care Plus cada vez que le hagan una receta médica. Esto nos ayuda a saber qué recetas médicas se le surten y lo que paga.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos por los que usted pagó. Puede pedirnos el reintegro del costo que nos corresponde por el 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.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar el reintegro del dinero de un medicamento, consulte el Capítulo 7 del Manual del Miembro.

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 bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la parte D por el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga una EOB de la Parte D por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Conserve estas EOB de la Parte D. 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 nuestro plan, usted no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras normas.

Existen tres etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a nuestro plan. Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Las tres etapas son las que se indican a continuación:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Brecha en Cobertura	Etapa 3: Etapa de Cobertura de Catástrofe
<p>En esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga los costos de sus medicamentos.</p> <p>Esta etapa comienza después de que paga un monto determinado de gastos de su bolsillo.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2023.</p> <p>Esta etapa comienza cuando usted ya pagó un monto determinado de gastos de su bolsillo.</p>

C1. Nuestras categorías de costo compartido

Las categorías de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número de nivel, más alto será el copago. Para encontrar las categorías de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos) tienen el copago más bajo. El copago es de \$0.
- Categoría 2 (Medicamentos Genéricos) El copago varía de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) a \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados, según sus ingresos.
- Categoría 3 (Medicamentos de Marca Preferida) El copago varía de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) a \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados.
- Categoría 4 (Medicamento No Preferido) El copago varía de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) a \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados.
- Los medicamentos de la Categoría 5 (Medicamentos Especializados) tienen el copago más alto. El copago varía de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) a \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados.

Los niveles son grupos de medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las cinco (5) categorías. No tiene ningún copago por los medicamentos recetados y de venta libre (Over-the-counter, OTC) que aparecen en nuestra Lista de Medicamentos. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

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** de su *Manual del Miembro* para saber cuándo hacemos esto. Consulte el Capítulo 9 para

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no será cubierto.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* y 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. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

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

C4. Lo que paga usted

Usted puede pagar un copago cuando le surtan una receta médica. Si su medicamento cubierto tiene un costo inferior al copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede comunicarse con el centro de atención al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado con cobertura en:

Categoría	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Categoría	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Categoría	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado con cobertura mediante:

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe el suministro a largo plazo.	El servicio de pedidos por correo no está disponible para un suministro a largo plazo de medicamentos de nivel cinco (5).

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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

La mayoría de nuestros miembros obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para los costos de sus medicamentos recetados. Usted no pagará ningún deducible de medicamentos por separado porque esta “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga la mayoría de los costos de los medicamentos. Sin embargo, es posible que aún deba pagar un copago de subsidio por ingresos bajos (low-income subsidy, LIS) antes de alcanzar la Etapa de Cobertura Inicial.

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende de la categoría de costo compartido en la que está el medicamento y dónde lo obtiene usted.

Las categorías de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan se incluye en una de las cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número de nivel, más alto será el copago. Para encontrar las categorías de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las cinco (5) categorías. No tiene ningún copago por los medicamentos recetados y de venta libre (Over-the-counter, OTC) que aparecen en nuestra Lista de Medicamentos. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- Nivel 1: medicamento genérico preferido (costo compartido más bajo)
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: categoría de medicamentos especializados (costo compartido más elevado)

D1. Sus Opciones de Farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si adquiere 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** de su *Manual del Miembro* para saber en qué momentos proporcionamos dicha cobertura.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D2. 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

D3. Lo que paga usted

Durante la etapa de cobertura inicial, usted deberá pagar un copago cada vez que le surtan una receta médica. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado con cobertura en:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 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 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) Copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 para todos los demás medicamentos recetados	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado con cobertura mediante:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	Copago de \$0, \$1.45 o \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe el suministro a largo plazo.	El servicio de pedidos por correo no está disponible para un suministro a largo plazo de medicamentos de nivel cinco (5).

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

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los **\$4,660,00**. En este momento, comienza la Etapa de Brecha en Cobertura.

Su descripción de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) le será de utilidad para hacer un seguimiento de lo que ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



\$4,660,00. Muchas personas no llegan a este límite en un año. Al comienzo de cada nuevo año calendario, el monto de dinero que pagó en su Etapa de Cobertura Inicial se restablecerá a cero.

E. Etapa 2: Etapa de Brecha en Cobertura

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Brecha en Cobertura, el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que los pagos de cada año de su propio bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcanza este monto (\$7,400.00), pasa de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

Es posible que parte de la información de este *Manual del Miembro* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted debido a que es elegible para Medi-Cal (Medicaid) y recibe "Ayuda Adicional (Extra Help)" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Los costos de sus medicamentos en la Etapa de Brecha en Cobertura dependen del nivel de "Ayuda Adicional (Extra Help)" que reciba. Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "cláusula adicional LIS".

F. Etapa 3: Etapa de Cobertura de Catástrofe

Cuando alcanza el límite de gastos de su bolsillo de **\$7,400,00** para sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura de catástrofe hasta el fin del año natural. En esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

G. El costo de sus medicamentos si su doctor le receta menos de un mes completo de suministro

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro mensual completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su doctor si le puede recetar una cantidad menor a la del suministro mensual de un medicamento (por ejemplo, cuando usted prueba por primera vez un medicamento del que se sabe que tiene graves efectos secundarios).
- Si su doctor está de acuerdo, usted no deberá pagar por el suministro mensual completo para ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro menor que el suministro mensual de un medicamento, el monto que paga se basará en cuántos días de suministro del medicamento reciba. Calcularemos el monto que

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



pague por día por su medicamento (“tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días de suministro del medicamento recibe.

- A continuación, se presenta un ejemplo: digamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que le corresponde pagar por su medicamento es un poco menos de \$0.05 por día. Si usted recibe un suministro de un medicamento para 7 días, su pago será un poco menos de \$0.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que su medicamento le funcione antes de que deba pagar el suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete una cantidad menor al suministro mensual de un medicamento, en caso de que esto lo ayudara con lo siguiente:
 - Planificar mejor cuándo renovar sus medicamentos.
 - Coordinar las renovaciones con otros medicamentos que toma.
 - Ir menos veces a la farmacia.

H. Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA

H1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que padecen el virus de la inmunodeficiencia humana (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) a acceder a medicamentos contra el HIV que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D para pacientes ambulatorios que también tienen cobertura del ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través de la Oficina del AIDS del Departamento de Salud Pública de California para las personas inscritas en el ADAP.

H2. Si no está inscrito(a) en el ADAP

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web del ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

H3. Si está inscrito(a) en el ADAP

El ADAP puede continuar brindando a los clientes del ADAP asistencia de costo compartido para los medicamentos recetados de Medicare Parte D que aparecen en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado local de inscripciones del ADAP acerca de cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de Medicare Parte D. Si necesita ayuda para encontrar el sitio de inscripción del ADAP más cercano o un encargado de inscripción, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web que aparece más arriba.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



I. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. 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.

I1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación y explicarle la parte que le corresponde por los costos.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y farmacias de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red coordina con nosotros para asegurarse de que no tenga costos iniciales para una vacuna Parte D.

I2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare parte D

Cubierto por Medicare Parte D

Lo que usted paga por una vacunación depende del tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están totalmente cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación, detallamos tres vías frecuentes a través de las cuales podría recibir una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted recibe la vacuna de la parte D de Medicare y se la aplican en una farmacia de la red.
 - No deberá pagar nada por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su doctor y el doctor le aplica la vacuna.
 - No deberá pagarle al doctor por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En este caso, el consultorio del doctor debe comunicarse con nuestro plan para asegurarnos de que ellos saben que usted no debe pagar nada por la vacuna.
3. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su doctor para que se la aplique.
 - No deberá pagar nada por la vacuna.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.



Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

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 de su *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	147
B. Cómo enviar una solicitud de pago	148
C. Decisión de cobertura	149
D. Apelaciones	149



A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

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

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su 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. Si recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4.

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si usted paga la suma total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó por el servicio, le haremos un reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del Miembro para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

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 plan cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un doctor) le factura por servicios una cantidad que supera nuestros costos compartidos. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si le dan alguna factura. No pague la factura.**

- Debido a que nosotros pagamos 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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si ya pagó 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.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta médica.

- Solo en unos pocos casos, cubrimos 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** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene su tarjeta de identificación del plan con usted

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

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación del plan.
- 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 nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), que aparece en nuestro sitio web, o que haya un requisito o una restricción que desconocía o que consideraba que no aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*).
 - Si usted y su doctor u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunos casos, necesitaremos más información de su doctor o de otro recetador para efectuar el reembolso por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, nosotros la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, nosotros lo pagamos. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es aconsejable 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Para servicios médicos:

Attn: Molina Medicare Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

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

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
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 recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la suma de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le hacemos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, lo pagamos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó. Si todavía no ha pagado, le pagamos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*, se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*, 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 enviamos una carta en la que se explican las razones. En la carta, también se le explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.

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 formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos específicos. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Para presentar una apelación sobre como recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 de su *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades	151
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	159
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (personal health information, PHI)	159
C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI)	160
C2. Su derecho a ver su historia clínica	160
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	167
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	168
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	168
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	169
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	169
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra	169
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	170
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	171
H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	171
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	171



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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro 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 ofrece servicios de intérprete gratuitos para responder a preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y 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 tanto ahora como más adelante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Si desea obtener este documento en un idioma distinto del 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 el registro con su idioma de preferencia. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 ponerse en contacto con su administrador de casos para obtener ayuda sobre las solicitudes permanentes.

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

- 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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 tanto ahora como más adelante, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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, 7 días a la semana, 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. 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 .

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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. 당사에는 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 Ombudsman에 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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- حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أحتياجاتك

- يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخططنا.
- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.**



- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والألمانية 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 665-4627 (855) ، 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 ننتبع 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 (800) 541-5555، 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 بخدمات 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. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដដែលជឿទុកចិត្តលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអង់គ្លេស អាល្លឺម៉ង់ ចិន ហ្សាប៉ាណេស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាកាវ៉ា ភ្នំពេញ ភាសាអ៊ាម អារ៉ាប់ ហ៊ីយមានទូរស័ព្ទជាភាសាបោះពុម្ពព័ត៌មាន អក្ខរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ដើម្បីស្តីពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជាភាសាណាមួយក្នុងភាសាអង់គ្លេស ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មបម្រើសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- ដើម្បីដាក់សំណើដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្នុងភាសាអង់គ្លេស ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មបម្រើសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។

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 իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոսք տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:
- Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ <include-if(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 մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական 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 մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մշտական 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 յոթ 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:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.**



B. Nuestra responsabilidad de brindarle 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.

Tiene derechos como un 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 sobre cuáles son los tipos de proveedores que pueden desempeñarse como un proveedor de cuidados primarios (PCP) y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*.
 - 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 a un especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- 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 recurrir a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*.
- 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** de su *Manual del Miembro*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica con la ayuda de su Administrador de Casos y su equipo de cuidado.

En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, se le indica lo que usted puede hacer si cree que no está obteniendo sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. También se le indica lo que puede hacer si denegamos 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.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios de temas sensibles no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir estos servicios o a presentar un reclamo por servicios de temas sensibles. Molina Medicare Complete Care Plus dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios de temas sensibles a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número telefónico alternativos designados de un miembro, o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro, a la dirección o el número telefónico que figura en el archivo. Molina Medicare Complete Care Plus no divulgará información médica relacionada con servicios de temas sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe atención. Molina Medicare Complete Care Plus adaptará las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y formato solicitados, si es que es sencillo producirlas de esa manera o en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicaciones confidenciales de un miembro relacionada con servicios de temas sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda leer ni cambiar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su información médica protegida (PHI) a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, debemos obtener primero un permiso por escrito de usted. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso escrito.

A veces, no necesitamos obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del Gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Debemos divulgar PHI por orden de un tribunal.
- Debemos dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realiza de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajamos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información médica protegida (protected health information, PHI) con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida (protected health information, PHI), llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Su privacidad

Estimado(a) miembro de Molina Medicare:

Su privacidad 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.

Información médica protegida (PHI) significa información de salud protegida. La información médica protegida (protected health information, 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 información médica protegida (protected health information, PHI).

¿Por qué Molina usa o comparte la información médica protegida (PHI) de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención de salud que recibe
- Para revisar la calidad de la atención de salud que recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la información médica protegida (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 información médica protegida (PHI)? Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI) para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina su información médica protegida (PHI)?

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

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la información médica protegida (PHI).
- Molina limita quién puede ver la información médica protegida (PHI). Solo el personal de Molina que necesite conocer la información médica protegida (PHI) puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la información médica protegida (PHI).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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 información médica protegida (PHI) en nuestras computadoras. La información médica protegida (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 información médica protegida (PHI).
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su información médica protegida (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 manera alguna.

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la información médica protegida (PHI) de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las Normas de privacidad está en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestro sitio web www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 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

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 ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") utiliza y comparte su información médica protegida para brindarle beneficios de salud como miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP. 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 esta notificación. La fecha de vigencia de esta Notificación es el 23 de septiembre de 2013.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



¿Por qué Molina utiliza o comparte su información médica protegida (PHI)?

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

Para tratamientos

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

Para pagos

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

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir información médica protegida (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 información médica protegida (protected health information, PHI) para resolver inquietudes de los miembros. Su información médica protegida (PHI) también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, 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 información médica protegida (PHI) con otras compañías ("**socios comerciales**") que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su información médica protegida (PHI) para recordarle sus citas. Es posible que usemos su información médica protegida (PHI) para brindarle información sobre otro tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



¿Cuándo puede Molina usar o compartir su información médica protegida (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 información médica protegida (protected health information, PHI) para diversos fines que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su información médica protegida (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 información médica protegida (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 de salud

Su información médica protegida (PHI) puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su información médica protegida (PHI) para realizar auditorías.

Investigación

Su información médica protegida (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 información médica protegida (PHI) puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su información médica protegida (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 información médica protegida (protected health information, PHI) para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica

Su información médica protegida (PHI) se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su información médica protegida (PHI) se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 información médica protegida (PHI)?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI) con cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización a fin de divulgar su PHI para los siguientes propósitos: (1) la mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para fines de marketing; y (3) usos y divulgaciones que comprendan la venta de la 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 sobre usos o divulgaciones de información médica protegida (PHI) (compartir su información médica protegida (PHI))**

Puede pedirnos que no compartamos su información médica protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su información médica protegida (protected health information, 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 información médica protegida (PHI)**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su información médica protegida (PHI) de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su confidencialidad. Cumpliremos con las solicitudes de comunicación confidencial razonables para proporcionar la PHI en un formato o forma en particular, si se puede reproducir fácilmente en el formato y forma solicitados, o bien en ubicaciones alternativas. Deberá presentar su solicitud por escrito o por correo electrónico.

Revisión y Copia de su información médica protegida (PHI)

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida (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 su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

Enmendar su información médica protegida (PHI)

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su información médica protegida (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 denegamos su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Recibir un resumen de las divulgaciones de información médica protegida (PHI) (difusión de su información médica protegida (PHI))

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

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia información médica protegida (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.
- Información médica protegida (protected health information, PHI) divulgada en interés de la seguridad nacional o para el propósito de inteligencia; o
- La información que es parte de un conjunto de datos limitado de acuerdo con la ley aplicable; o
- La PHI revelada por motivos de seguridad nacional o de inteligencia.

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 su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Si desea comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (855) 665-4627, los 7 días de la semana, 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
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Teléfono: (855) 665-4627, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán 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 509F, HHH Building
Washington D. C. 20201

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

(202) 619-3818 (FAX)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su información médica protegida (PHI) en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su información médica protegida (PHI);
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (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 Aviso está sujeto a cambios

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

Información de Contacto

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

Por teléfono al:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina,
(855) 665-4627, TTY: 711., los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Por escrito:

Molina Healthcare of California
Atención:
Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de servicio al cliente al (855) 665-4627, TTY 711, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, ofrecemos servicios de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, solo llámenos al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 tanto ahora como más adelante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 los miembros del plan nos han calificado.
 - 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 proveedores de cuidados primarios o cambiarlos.
 - Calificaciones 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 (consulte **los Capítulos 3 y 4** de su *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte **los Capítulos 5 y 6** de su *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan.
 - Límites para su cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - Poner por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que hemos tomado.
 - Pagar una factura que usted recibió.

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

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden ordenarle a usted que pague por los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos una cantidad menor de la que el proveedor cobró. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro* para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

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

- Tiene derecho a obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de otro plan Medicare Advantage.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual del Miembro*:
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus doctores y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones con respecto a su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

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 a que se le informe sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Debemos informarle 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 recurrir a otro doctor antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga que no.** Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo retiraremos 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 derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se negó a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) sin costo al (855) 665-4627, los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711 para acceder al 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.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Entregar instrucciones escritas a sus doctores** acerca de cómo administrar su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones, incluida la atención que no desea recibir.

El documento legal que puede utilizar para dar instrucciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su doctor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Llenar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Usted debe dar una copia del formulario a su doctor. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia de esta al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene en ese momento.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se coloque en su historia clínica.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtener información sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP le informará sobre los cambios en las leyes estatales a más tardar 90 días después del cambio.

Tener una directiva anticipada es su elección. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un doctor u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el programa Ombuds.

Programa Ombuds: 1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita.

TTY: 1-855-847-7914. Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Escriba a la siguiente dirección: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Sitio web: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx>

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el Capítulo 9 de su *Manual del Miembro*, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el **Capítulo 11** de su *Manual del Miembro* o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Departamento de Servicios para Miembros (855) 665-4627, TTY/TDD 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP), al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles acerca del HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
 - Condado de Los Ángeles: (213) 383-4519
 - Condado de San Diego: (858) 565-8772
 - Condado de Imperial: (760) 353- 0223
 - Condado de Riverside y San Bernardino: (909) 256-8369
- Programa Ombuds, al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa y cómo comunicarse con él, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

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 cubre su plan y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del Miembro*. En tales capítulos, se indica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su doctor y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
 - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su Administrador de Casos**, incluso cuando realice una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su doctor, hospitales y con otros proveedores.
- **Infórmenos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Mensualidad de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medi-Cal paga la mensualidad de la Parte A y de la Parte B de la mayoría de los miembros del plan.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.**
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de su *Manual del Miembro*, se le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo especial de inscripción, puede cambiarse a Original Medicare 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 área.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o si hay una mejor forma de comunicarse con usted.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento por el que su plan indicó que no pagará.
- Si usted no está de acuerdo con una decisión que su plan tomó acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.
- Si tiene un problema o una queja relacionados con los servicios y el apoyo a largo plazo, incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los servicios de Centros de Enfermería (Nursing Facility, NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el apoyo a largo plazo que su doctor y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene un problema con la atención, puede llamar al programa Ombuds al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la línea de ayuda del programa Ombuds a fin de que lo orienten con su problema. Si desea obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y los medios de contacto, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*.



Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	177
A1. Información acerca de los términos legales	177
B. Dónde obtener ayuda	177
B1. Para obtener más información y asistencia	177
C. Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan	179
D. Problemas relacionados con sus beneficios	179
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	179
E1. Decisión de cobertura	179
E2. Apelaciones	180
E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura	180
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?	181
F. Atención médica	181
F1. Utilizar esta sección	182
F2. Solicitar una decisión de cobertura	183
F3. Presentar una Apelación de Nivel 1	184
F4. Presentar una Apelación de Nivel 2	187
F5. Problemas de pago	192
G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D	193
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D	193
G2. Excepciones de la Parte D	195
G3. Puntos importantes para tener en cuenta a la hora de solicitar una excepción	196
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	197
G5. Presentar una Apelación de Nivel 1	199
G6. Presentar una Apelación de Nivel 2	201
H. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital	202
H1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare	203
H2. Presentar una Apelación de Nivel 1	203
H3. Presentar una Apelación de Nivel 2	205
H4. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1	206
H5. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2	207



I.	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos	207
I1.	Aviso previo antes de que finalice su cobertura	208
I2.	Presentar una Apelación de Nivel 1	208
I3.	Presentar una Apelación de Nivel 2	210
I4.	Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1	211
I5.	Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2	211
J.	Llevar su apelación más allá del Nivel 2	212
J1.	Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare	212
J2.	Apelaciones adicionales de Medi-Cal	213
J3.	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D	214
K.	Cómo presentar una queja	215
K1.	¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?	215
K2.	Quejas internas	216
K3.	Quejas externas	217



A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo, se explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamos**, también denominados quejas. Para garantizar un trato justo y rápido, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información acerca de los términos legales

En este capítulo, se incluyen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que, cuando podemos, usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y asistencia

A veces, el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema es 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 la información que necesita para continuar con el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud

Puede llamar al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer con respecto a su 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.

Ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un defensor acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia, puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener ayuda

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



de Medicare:

- Llame 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.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

Llame al (916) 449-5000, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

TTY: 711

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El mediador de atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) puede ayudarlo. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden brindarle ayuda si se mudó y tiene problemas para transferir Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al mediador de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas 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 sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de **TDD: 1-877-688-9891**.

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local y seguir el proceso de quejas que establece antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja 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 (Independent Medical Review, 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-HMO-2219**) y una línea **TDD (1-877-688-9891)** para las personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, contiene los formularios para quejas, solicitud para IMR e instrucciones en línea.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



C. Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro que aparece a continuación ayuda 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 de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 179.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K: “Cómo presentar una queja” en la página 215.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para una solicitud de decisión de cobertura y para hacer una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su doctor de la red toma una decisión de cobertura que lo favorece siempre que le presta atención médica o si lo remite a un médico especialista.

Usted o su doctor también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su doctor pueden asegurarse de que cubramos un servicio médico o medicamento específico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si nos negamos a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.**

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto para usted por Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, manejan su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o bien si presenta dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhca.gov. Consulte la página 177 para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o bien una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es **No** a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la Apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se **envía automáticamente** a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted **debe solicitar** una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes opciones:

- **Departamento de Servicios para Miembros** al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
- **Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas 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 sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de **TDD, 1-877-688-9891**.
- **Su doctor u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no necesita tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Contrate a su propio abogado o solicite uno en la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.
 - Solicite un abogado de asistencia legal a Health Consumer Alliance, llamando al 1-888-804-3536.
- Si desea que un abogado o alguien más lo represente, deberá llenar el formulario para Nombramiento de Representante. Mediante el formulario, le otorga permiso a alguien para actuar en su nombre. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario para “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visitando nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Existen cuatro situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Le damos los detalles de cada una en una sección diferente de este capítulo. Consulte **la sección que corresponda**:

- **Sección F:** “Atención médica”
- **Sección G:** “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”
- **Sección H:** “Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital”
- **Sección I:** “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos”. (Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro(a) acerca de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

F. Atención médica

En esta sección, se describen los pasos que debe seguir si tiene algún problema para recibir cobertura de atención médica o si quiere solicitar un reintegro por su atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica y servicios que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*. Generalmente, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye elementos médicos y servicios, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B que, por lo general, son administrados por su doctor o profesional de la salud. Pueden aplicarse diferentes normas a un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de Parte B de las normas para los elementos y los servicios médicos.

F1. Utilizar esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su doctor u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

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

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no cubrirlo. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea solicitar que le demos un reembolso.

Lo que puede hacer: puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un doctor.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o detener la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Se aplican normas especiales si la cobertura es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener su cobertura de cierta atención médica, consulte esta sección (**Sección F**) como guía.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama “**determinación de organización integrada**”.

Para solicitar una decisión de cobertura, usted, su doctor u su representante pueden comunicarse de la siguiente manera:

- Llame al: (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Envíe un fax a (844) 834-2155.
- Escriba a: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

Tomaremos una decisión sobre las aprobaciones previas de rutina en un plazo de 5 días laborables posteriores a la fecha en la que recibamos la información necesaria para tomar una decisión, y a más tardar 14 días calendario después de recibir la solicitud.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informamos nuestra decisión, aplicamos las fechas límite “estándares”, a menos que aceptemos aplicar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre lo siguiente:

- Elemento o servicio médico en un plazo de 5 días laborables posteriores a la fecha en la que recibamos la información necesaria para tomar una decisión, y a más tardar 14 días calendario después de recibir la solicitud.
- Medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud.

Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o elemento médico en un plazo de 72 días corridos después de recibir su solicitud.
- Medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud.

Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Solicitar cobertura para atención médica **que no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida con respecto al pago de atención médica que ya recibió).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Usar las fechas límite estándares **puede causar graves daños a su salud** o dañar su capacidad de funcionar.

Le brindaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su doctor nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar. En la carta, se le indica lo siguiente:

- Si su doctor la solicita, le brindamos una decisión de cobertura rápida automáticamente.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si contestamos **negativamente**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presente una apelación para solicitarnos de manera formal que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (**consulte la Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los siguientes son algunos ejemplos de casos en que se descarta una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo puede solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión recibe el nombre de “apelación”. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su doctor o su representante deben comunicarse con nosotros. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si desea obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el **Capítulo 2**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Solicite una “apelación estándar” o una “apelación rápida” por escrito o llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

- Si su doctor u otro recetador solicitan que se continúe un servicio o elemento que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos sus representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su doctor presenta la apelación por usted, incluya un Formulario para Nombrar un Representante en el que autorice a esa persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días corridos después de recibir su solicitud de apelación:
 - Descartamos su solicitud.
 - Le enviamos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos de solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Recibirá una carta nuestra en un plazo de 5 días naturales después de recibir su apelación para confirmarle que la recibimos.

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 la fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.

Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su doctor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal de “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no recibió, usted o su doctor deciden si necesita una “apelación rápida”.
- El proceso para una apelación rápida es el mismo que para una decisión de cobertura rápida. Si desea solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida de la **Sección F2**.
- Si su doctor nos informa que su estado de salud lo requiere, le otorgaremos una apelación rápida.

Si le comunicamos que detendremos o reduciremos servicios o elementos que ya recibe, es posible que pueda mantener esos servicios o elementos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o elemento que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar las medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Continuaremos cubriendo el servicio o elemento si solicita una apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días corridos** a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con esta fecha límite, podrá recibir el servicio o elemento sin cambios mientras esté pendiente su Apelación de Nivel 1.
 - También podrá recibir todos los otros servicios o elementos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o medicamento no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen fechas límite para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- Si nuestra respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Existen fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días corridos** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de los 7 días corridos** después de recibir su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de los 30 días corridos, o **dentro de los 7 días corridos** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, después de recibir su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella, tiene derechos adicionales de apelación:

Si nuestra respuesta es **negativa** a todo lo que usted solicitó o parte de ello, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un elemento o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema se refiere a la cobertura de un artículo o servicio de Medi-Cal, se le indicará en la carta cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de 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. Para mantener sus beneficios, debe realizar la solicitud en la siguiente fecha, o en una fecha anterior:

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

Si cumple con esta fecha límite, puede continuar con el servicio o artículo en disputa mientras se sucede el proceso de apelación.

F4. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si la respuesta es **negativa** a toda su Apelación de Nivel 1 o parte de ella, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indicará si Medicare o Medi-Cal, o ambos programas, suelen cubrir el servicio o elemento.

- Si su problema es sobre un servicio o elemento que, en general, es cubierto por **Medicare**, enviamos de manera automática su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación del Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o elemento que, en general, es cubierto por **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una Apelación del Nivel 2. En esta carta, se le indicará cómo hacerlo. Asimismo, incluimos más información después en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de nivel 2 por usted para los servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si su problema es sobre un servicio o elemento que puede estar cubierto por **Medicare y Medicaid**, recibirá de manera automática una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si se aprobó la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, elemento o medicamento objeto de la apelación pueden también continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones del Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, solo está cubierto por Medi-Cal, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación del Nivel 2 dentro de los 10 días corridos después de recibir la carta con la decisión.

Cuando su problema se trata de un servicio o elemento que Medicare suele cubrir

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” y, a veces, se le conoce como “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “archivo del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su archivo del caso.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación rápida en el Nivel 1, obtendrá de manera automática una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su apelación.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá de manera automática una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un elemento o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 30 días corridos** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días corridos** a partir de la recepción de su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la Organización de Revisión Independiente da una respuesta afirmativa a toda una solicitud o parte de ella sobre un artículo o servicio médico**, debemos aplicar la siguiente decisión con prontitud:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**.
 - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días corridos** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes estándares**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes aceleradas**.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en los siguientes períodos:
 - **Dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes estándares**.
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes aceleradas**.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es **negativa** a toda su apelación o parte de ella, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella). Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; es decir, un total de cinco niveles.

Si su Apelación del Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador maneja una Apelación del Nivel 3. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se trata de un servicio o elemento que Medi-Cal suele cubrir:

Existen dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y elementos de Medi-Cal: (1) presentar una queja o una Revisión Médica Independiente o (2) solicitar una Audiencia Estatal.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Al presentar una queja, 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 una queja 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.
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su Formulario para Nombrar un 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 los casos, debe presentarnos una apelación antes de solicitar una IMR. Consulte la página 203 si desea obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o pedir una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

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/Solicitud de Revisión Médica Independiente disponible en 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.
- Complete el Formulario de Asistente Autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/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 en un plazo de 7 días corridos, en la que se le informará que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de prueba de su plan, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 30 días corridos. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 45 días naturales desde la presentación de su solicitud completada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 corridos, en la que se le informará que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de prueba de su plan, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 3 días corridos. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 7 días corridos desde la presentación de su solicitud completada. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede todavía solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todas las historias clínicas necesarias de usted o del médico que lo trata. Si se atiende con un doctor que no está en la red de su plan de salud, es importante que consiga y nos envíe sus historias clínicas de ese doctor. Se requiere su plan de salud para obtener las copias de las historias clínicas de los médicos que están en la red.

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 elementos y servicios cubiertos de Medi-Cal. Si su doctor u otro proveedor solicitan un servicio o elementos que nosotros no aprobamos, o no continuaremos pagando por un servicio o elemento que usted ya tiene, y rechazamos su apelación del 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 se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras su Audiencia Estatal está pendiente. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 205 para obtener más información.

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



La oficina de Audiencia Imparcial le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es **afirmativa** a toda la solicitud o parte de ella por un elemento o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o elemento **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es **negativa** a su apelación o parte de ella, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencia Imparcial es **negativa** a su solicitud o parte de ella, tiene derechos de apelaciones adicionales.

Si su apelación del Nivel 2 se envió a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o elemento que desea cumple con una suma mínima determinada. Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador maneja una Apelación del Nivel 3. **En la carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente, se explican los derechos de apelación adicionales que usted puede tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o elementos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o elemento cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura. El único monto que se le debe solicitar que pague es el copago para las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por elementos 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. Si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener elementos o servicios.

Si desea obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro*. Se describen las situaciones en las que podría tener que solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o elemento que pagó corresponde a un servicio o elemento cubierto y si cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o elemento que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos a usted o su proveedor el pago, o si el plan tiene costos compartidos, la parte del costo que nos corresponde por el servicio o el elemento en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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 elementos 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 elemento y le explicaremos el motivo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **podrá presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la **Sección F3**. 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 corridos después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por una atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare**, por lo general, cubre el servicio o elemento, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Le informaremos por carta si esto sucede.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días corridos. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor de atención médica, en un plazo de 60 días corridos.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente a su apelación es **negativa**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medi-Cal**, por lo general, cubre el servicio o elemento, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 (no presentaremos de manera automática una apelación de Nivel 2 por usted. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información.

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de Medicare 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 Parte D.**

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos del plan.
 - Renunciar a una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga nuestra aprobación antes de darle cobertura).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse como se indica, la farmacia le entrega un aviso por escrito para que se comuniquen con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **“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 tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Utilice la siguiente tabla como ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



¿En qué situación se encuentra?			
<p>Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?</p>	<p>Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p>	<p>Le dijimos que no cubriríamos ni pagaríamos un medicamento de la forma que usted desea.</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección G2; luego, consulte las Secciones G3 y G4</p>	<p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4</p>	<p>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección G5</p>

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento como usted desea, puede pedirnos que realicemos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su doctor u otro recetador deben explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento, a veces, se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

A continuación, detallamos algunos ejemplos de excepciones que usted, su doctor u otro recetador pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos.**
 - Si aceptamos realizar una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 4.
 - No puede obtener una excepción del monto de copago requerido para el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* si desea obtener más información).
 - Las reglas y restricciones adicionales de ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca registrada.
 - Obtener nuestra aprobación por anticipado, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto, a veces, se denomina “autorización previa”.
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto, a veces, se denomina “terapia progresiva”.
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Si aceptamos una excepción para usted e ignoramos una restricción, puede solicitar una excepción del monto del copago que debe pagar.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.**
Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en una de las categorías de costos compartidos. En general, cuanto más baja sea la categoría de costo compartido, menor será el costo del copago requerido:

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto, a veces, se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama "medicamentos alternativos".
- Si un medicamento alternativo para su enfermedad se encuentra en una categoría de costo compartido inferior a la del medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente, paga el monto menor.

G3. Puntos importantes para tener en cuenta a la hora de solicitar una excepción

Su doctor u otro recetador deben indicarnos las razones médicas

Su doctor u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, no aprobaremos una solicitud de excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **afirmativa**, por lo general, la excepción dura hasta el final del año calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **negativa**, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que **rechacemos** su solicitud.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su doctor (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su doctor o a otro recetador para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, facilítenos una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su doctor u otro recetador para la excepción.
- Su doctor u otro recetador pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. Pueden informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida antes”

Usamos las “fechas límite estándares” a menos que acordemos usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su doctor.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su doctor.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede conseguir que se tome una decisión de cobertura rápida si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos las fechas límite estándares.

Si su doctor u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, nosotros estamos de acuerdo y se la damos. Se le informa en la carta que le enviamos.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su doctor u otro recetador, nosotros decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos en su lugar las fechas límite estándares.
 - Se le informa en la carta que le enviamos. En la carta, también se le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas siguientes. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le respondemos dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su doctor. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su doctor.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta. En la carta, también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que no recibió

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su doctor. Le informamos de nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una Organización de Revisión Independiente.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su doctor para una excepción.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una Organización de Revisión Independiente.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le reembolsamos dentro de los siguientes 14 días corridos.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una “**redeterminación**” del plan.

- Para iniciar su **apelación rápida o estándar**, llame al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.
- 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 la fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su doctor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que no recibe, usted y su doctor u otro recetador deciden si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** si desea obtener más información.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días corridos** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió. Solicite una “apelación rápida”.
- Le informamos de nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su afección lo requiere.

Si no le damos una decisión dentro de los 7 días corridos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos **proveer la cobertura** que acordamos con la mayor brevedad según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días corridos** desde la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días corridos** después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le informa cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días corridos** después de recibir su apelación.

Si no le damos una decisión dentro de los 14 días corridos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.

- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos pagarle dentro de los 30 días corridos siguientes a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le informamos cómo puede presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



G6. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es **negativa**, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelación del Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando damos una respuesta **negativa** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” y, en ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Si desea presentar una Apelación del Nivel 2, usted, su representante o su doctor u otro recetador deben comunicarse por escrito con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación del Nivel 1 es **negativa**, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación del Nivel 2, qué fechas límite se deben seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama “archivo del caso” y **tiene derecho a obtener una copia gratuita**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación del Nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si están de acuerdo con una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a todo lo que solicitó o parte de ello, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** siguientes a la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta.

- **Dentro de los 7 días corridos** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días corridos** después de recibir su apelación para el pago de un medicamento que compró.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días corridos siguientes a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente a su apelación es **negativa**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente a su apelación del Nivel 2 es **negativa**, usted tiene derecho a una apelación del Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación del Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta en la que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación del Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente a su apelación del Nivel 2 es **negativa** y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, puede hacer lo siguiente:
 - Decidir si quiere presentar una apelación del Nivel 3.
 - Consulte la carta que la Organización de Revisión Independiente le envió después de su Apelación del Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación del Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de las apelaciones del Nivel 3. Consulte la **Sección J** si desea obtener información sobre las Apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

H. 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 desea obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*.

Durante su internación cubierta en el hospital, su doctor y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudan a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si considera que le están dando de alta demasiado pronto o le preocupan los cuidados que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

H1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como el personal de enfermería o el trabajador de casos, le entregará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son ingresados en un hospital.

- **Lea este aviso** cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. En el aviso, se 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.
- **Firmar el aviso** para mostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted u otra persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** muestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta que su doctor o el personal del hospital le puedan decir.
- **Mantenga su copia** del aviso firmado para tener la información que necesita.

Puede obtener una copia de este aviso por adelantado si realiza lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Si usted desea que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión de la Apelación del Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente apropiada para usted.

La Organización de Mejoramiento de Calidad está conformada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. Ellos no forman parte de nuestro plan.

En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Llámelos al (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, debe pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad a los fines de presentar su apelación, presente la apelación directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** si desea obtener información acerca de cómo presentar una apelación ante nosotros.
- 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 una queja o solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California una Revisión Médica Independiente. Consulte la Sección F4 en la página 187 si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida Actúe rápidamente y comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria

El término legal para una “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta médica planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, consultarán a su doctor y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Para el mediodía del día siguiente al que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá otro aviso en el que se le explicará por qué su doctor, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de alta**”. Si desea obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultarlo en línea si ingresa a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización de Mejoramiento de Calidad le da su respuesta a su apelación.

Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación es **afirmativa**:

- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación es **negativa**:

- Crean que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- La cobertura de sus servicios de hospitalización terminará al mediodía del día siguiente al que la Organización de Mejoramiento de Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización de Mejoramiento de Calidad le comunique la respuesta de su apelación.
- Puede presentar una apelación del Nivel 2 si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación del Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llámelos al (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó **negativamente** a su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad realizarán lo siguiente:

- Volver a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación del Nivel 2 dentro de los 14 días corridos desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la respuesta de la Organización de Revisión de Calidad a su apelación es **afirmativa**:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación del Nivel 1.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la respuesta de la Organización de Revisión de Calidad a su apelación es **negativa**:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación del Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le envía una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección F4 en la página 187 si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para una Apelación del Nivel 1 es dentro de los 60 días o, a más tardar, en la fecha planificada del alta del hospital. Si no se cumple la fecha límite de la Apelación del Nivel 1, puede utilizar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

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

- Analizamos toda la información sobre su internación en el hospital.
- Comprobamos si la primera decisión fue justa y siguió las normas.
- Utilizamos fechas límite rápidas en lugar de las estándares y le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas desde que solicitó una revisión rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación rápida es **afirmativa**:

- Estamos de acuerdo en que tiene que estar en el hospital después de la fecha de alta.
- Le proporcionaremos los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Le reembolsamos la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si nuestra respuesta a su apelación rápida es **negativa**:

- Estamos de acuerdo en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
- La cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza en la fecha en que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las normas. Cuando hacemos esto, su caso pasa de manera automática al proceso de apelación del Nivel 2.

H5. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas tras **rechazar** su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No debe hacer nada.

Si considera que no cumplimos con esta fecha límite, u otra fecha límite, usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Dicha organización revisa cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le da una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- 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.
- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Acepta que la fecha planificada del alta hospitalaria era médicamente apropiada.
- Le envía una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección F4 en la página 187 si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además de, o en vez de una Apelación de nivel 3.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere solo a los siguientes tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) 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 servicios, usted tiene el derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el doctor dice que usted los necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 ese servicio finalice, dejaremos de pagarlo.

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.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. En el aviso, se informa la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para mostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa sobre el proceso de Apelación del Nivel 1 y sobre lo que debe hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe cumplir con las fechas límite. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** si desea obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro* si desea obtener más información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad y cómo comunicarse con ellos.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una apelación rápida.** Pregunte a la Organización de Mejoramiento de Calidad si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Solicite una “apelación rápida”. Se trata de una revisión independiente para determinar si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de la Notificación de No Cobertura de Medicare que le enviamos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad, puede presentar su apelación de manera directa ante nosotros. Si desea obtener más información sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.
- 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 una queja y solicitarle una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 187 si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

El término legal del aviso escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Si desea obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su doctor y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también envía un aviso por escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una Apelación del Nivel 2.

13. Presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llámelos al (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó **negativamente** a su Apelación del 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 Calidad realizarán lo siguiente:

- Volver a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación del Nivel 2 dentro de los 14 días corridos desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió a partir de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Acepta nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le proporcionan una carta en la que le informan lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación del Nivel 3.
- 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 F4 en la página 187 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.

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de 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 Apelaciones 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
- antes de la fecha de vigencia prevista de la acción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio o artículo hasta que se tome una decisión:

I4. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2**, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su Apelación del Nivel 1. Si no cumple la fecha límite, puede utilizar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página y pídanos una “revisión rápida”.

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

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Comprobamos que la primera decisión haya sido justa y cumplido todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.
- Utilizamos fechas límite rápidas en lugar de las estándares y le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a su solicitud de revisión rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación rápida es **afirmativa**:

- Estamos de acuerdo en que necesita servicios durante más tiempo.
- Nos comprometemos a reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si nuestra respuesta a su apelación rápida es **negativa**:

- La cobertura de estos servicios finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibéndolos después de la fecha en que le dijimos que terminaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las normas. Cuando hacemos esto, su caso pasa de manera automática al proceso de apelación del Nivel 2.

I5. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas tras rechazar su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No es necesario que haga nada.

Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Dicha organización revisa cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le da una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió a partir de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Acepta nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le envía una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Usted también puede presentar una queja y solicitar al DMHC que efectúe una Revisión Médica Independiente para que la cobertura de los servicios de atención médica continúe. Consulte la Sección F4 en la página 187 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente además de, o en vez de, una Apelación de nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación del Nivel 1 y una Apelación del Nivel 2 por servicios o elementos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o elemento de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelación. En la carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente para su Apelación del Nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Apelación del Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si la respuesta del ALJ o el abogado mediador a su apelación es **afirmativa**, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación del Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días corridos después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.

Si la respuesta del ALJ o del abogado mediador a su apelación es **negativa**, es posible que el proceso de apelación no termine.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará lo que debe hacer para una Apelación del Nivel 4.

Apelación del Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si la respuesta del Consejo a su Apelación del Nivel 4 es **afirmativa** o deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación del Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días corridos después de recibir la decisión del Consejo.

Si la respuesta del Consejo es **negativa** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación puede no terminar.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede pasar a la Apelación del Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación del Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y dará una respuesta **afirmativa** o **negativa**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación, si su apelación es acerca de elementos o servicios que Medi-Cal generalmente cubre. En la carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial, se le indicará qué hacer si usted quiere continuar con el proceso de apelaciones.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal y desea que otro juez la revise, 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

Esta carta se debe enviar en un plazo de 30 días después de que reciba la decisión. Esta fecha límite se puede extender por hasta 180 días si tiene una razón para demorarse.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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 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.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección se puede aplicar a su caso si usted realizó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el que usted realizó una apelación alcanza una determinada cantidad en dólares, usted puede recurrir a otros niveles de apelación. En la respuesta escrita que recibe por su Apelación de Nivel 2, se le explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no finalice.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación a revisión y le brinda una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación finaliza.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no finalice.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión definitiva. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera, coordinación de cuidados y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Conductas irrespetuosas, servicio de atención al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo presionado para salir de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su doctor o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es inglés (como la Lengua de Señas Estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para concertar una cita o tuvo que esperar demasiado para conseguirla.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Queja	Por ejemplo:
	<ul style="list-style-type: none"> Los doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> Usted cree que no le dimos un aviso o una carta que debió haber recibido. Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Cronología relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> Cree que no cumplimos nuestras fechas límite 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 cumplimos con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio, o darle un reembolso por ciertos servicios médicos. Cree que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

El término legal para una “queja” es un “reclamo”.

El término legal para “hacer una queja” es “**presentar un reclamo**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días corridos** 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Responderemos su queja tan pronto como su salud lo requiera y a no más tardar 30 días después de recibirla. Si presenta una queja, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario después de recibir su apelación para confirmarle que la recibimos. Si nos llama para presentar su queja, lo llamaremos o le enviaremos una carta con nuestra respuesta. Si nos escribe, le enviaremos una carta con nuestra respuesta. Puede llamarnos al (800) 665-0898, TTY: 711, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local; o escribirnos a Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible, le damos 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 corridos porque necesitamos más información, le notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si no **estamos de acuerdo** con alguna parte o la totalidad de su queja, le informamos y le damos nuestras razones. Le respondemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare se encuentra disponible en el siguiente sitio:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No es necesario que presente una queja ante Molina Medicare Complete Care Plus antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y utiliza 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 de salud no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Healthcare Services, DHCS) de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.

Puede presentar una queja en el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre 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, si tiene un dolor severo, si 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 que son sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Office for Civil Rights

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede contactar a la Oficina de Derechos Civiles local al:

(877) 588-1123,

de lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local). El correo de voz está disponible las 24 horas.

TTY:(855) 887-6668

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse de las siguientes maneras:

Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad, trabajamos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*.

En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Capítulo 10: Terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	220
B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan	221
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal	221
C1. Sus servicios de Medicare	221
C2. Sus servicios de Medi-Cal	223
D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	224
E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan termina	224
F. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud	225
G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	225



A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos Especiales de Inscripción de cada año**:

- De enero a marzo.
- De abril a junio.
- De julio a septiembre.

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **periodo de inscripción anual**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage**, que es del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambió.
- Si recientemente se mudó a una residencia para ancianos o a un hospital de atención a largo plazo, de momento recibe atención allí o simplemente se mudó de esos lugares.

Su membresía finaliza 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 finaliza el 31 de enero. La cobertura nueva comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la **Sección C1**
- Los servicios de Medi-Cal en la **Sección C**.

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

- Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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 encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-8000-430-7077.
- Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o por correo electrónico a MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Cuenta con las siguientes opciones si desea abandonar nuestro plan:

- 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
- 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 auditivos 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 la siguiente tabla, hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.
- A continuación, la Sección C incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.
- A menos que se haya mudado fuera de su condado, su membresía en Medi-Cal continuará con Molina Medicare Complete Care Plus.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación. Si selecciona una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare</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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.</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">• Comuníquese con el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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 encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Puede inscribirse en el nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela de forma automática cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comuníquese con el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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 encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, comuníquese con el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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 encontrar una oficina HICAP local en su área, visite 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comuníquese con el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (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 encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
---	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si se da de baja de nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice las farmacias de nuestra red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo, para que le surtan sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Molina Medicare Complete Care Plus, nuestro plan cubrirá su internación hasta que le den el alta.

E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan termina

Estos son los casos en los que debemos terminar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no califica para recibir los beneficios del programa Medi-Cal. Nuestro plan es solo para personas que califican para recibir los beneficios de los programas de Medicare y Medi-Cal.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de averiguar si el lugar al que 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 un plan médico adicional 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.

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 plan para obtener atención médica. (Es posible que Medicare solicite al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



F. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud

Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le solicitamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame 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.

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su Manual del Miembro.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes	227
B. Aviso de no discriminación	227
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	228



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 el *Manual del Miembro*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales 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. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si considera que fue discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627 TTY: 711.

Si su queja está relacionada con la discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o para el habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De manera electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

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, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguna otra persona debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las regulaciones y leyes federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en su *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 cotidiana (ADL): Corresponde a las actividades que las personas realizan en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

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 forma de disputar nuestra acción si considera que cometimos 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 lo relacionado con trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

Medicamento de marca registrada: Un medicamento recetado que se fabrica y comercializa por la compañía original de fabricación. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Personalizado”.

Servicios Opcionales del Plan de Cuidado (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales dentro del Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, 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 cuidado: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Administrador de Casos: El empleado de Molina que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.

Etapas de cobertura de catástrofe: Etapa del beneficio de medicamentos Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta finalizar el año. Usted comienza esta etapa cuando alcanza el límite de \$7,400,00 para sus medicamentos recetados.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios de la Comunidad para Adultos Mayores (Community-Based Adult Services, CBAS): Programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, apoyo y formación de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

Queja: Una declaración escrita o verbal en la que se indica que usted tienen un problema o inquietud sobre su atención o los 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía 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 acerca de los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, 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 utilizamos cuando nos referimos a toda la atención médica, el apoyo y los servicios prolongados, los suministros, los medicamentos recetados y los de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación de competencia cultural: es la capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid conocido como Medi-Cal.

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de inscripción: Proceso para cancelar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Categorías de medicamentos: Grupos de medicamentos en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (over-the-counter, OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos se incluye en una de las cinco (5) categorías.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Equipo médico de uso prolongado (Durable Medical Equipment, DME): Determinados elementos que su doctor solicita que utilice en el hogar. Algunos ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento medio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

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 en el caso de un medicamento que, por lo general, no tiene cobertura, o bien para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional (Extra Help): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como mensualidades, deducibles y copagos. A este programa de Ayuda Extra (Extra Help) también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Medicamento recetado aprobado por el Gobierno federal para utilizarse en lugar de un medicamento de marca registrada. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca registrada. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca registrada.

Queja: Un reclamo que usted presenta acerca de nosotros o 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 Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP): Un programa que proporciona información y asesoramiento gratuitos y objetivos sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con los HICAP.

Plan de salud: Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios prolongados y otros proveedores. También tiene Administradores de Casos que lo ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión de sus antecedentes médicos y su condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: La persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizados, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recomendados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir de manera cómoda. 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 cuidado paliativo.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidado paliativo disponibles en su área.

Facturación inapropiada: Una situación que ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un doctor) le factura por servicios un monto mayor que nuestros costos compartidos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Puesto que pagamos todo el costo de sus servicios, no debe abonar nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamientos médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos medicamentos y suministros DME, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de doctores que no forman parte de 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 Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP) que organiza un grupo de doctores, especialistas y otros proveedores de servicios de salud para asistir a los miembros de Molina Medicare Complete Care Plus. 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 Individualizado (ICP o Plan de Cuidado): Un plan de cuidado incluye su principal inquietud de salud, sus metas, sus necesidades y los servicios que puede necesitar. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Hospitalizado: Un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue admitido formalmente, aún podría considerarse un paciente ambulatorio o en observación y no un paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT o Equipo de Cuidado): Un equipo de cuidado puede incluir a su Médico de Cuidados Primarios, al Administrador de Casos, entre otros proveedores de atención especializada. Un cuidador u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener el cuidado que usted necesita. El equipo de cuidado también ayuda a crear o actualizar su plan de cuidado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



de doctores y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de Medicamentos a veces se llama “formulario”.

Servicios y Apoyo Prolongados (Long Term Services and Supports, LTSS): Los servicios y apoyo prolongados ayudan a mejorar una afección 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 Servicios de la Comunidad para Adultos Mayores (Community-Based Adult Services, CBAS) y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Subsidio por bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Programa de Pedidos por Correo: Algunos planes podrían ofrecer un programa de pedidos por correo que le permiten obtener un suministro de hasta 3 meses de medicamentos recetados cubiertos que se envían directamente a su hogar. Esta podría ser una forma rentable y cómoda de surtir las recetas que toma regularmente.

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** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Planes Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo prolongado, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son separados.

Medicamento necesario: Esto describe servicios necesarios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar su afección 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 federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (generalmente, aquellas personas que sufren insuficiencia renal crónica y que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para recibir los beneficios de la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un afiliado de Medicare- Medi-Cal también se llama “individuo doblemente elegible”.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos que sean médicamente necesarios.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: Corresponde al programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B o Medi-Cal. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos: Un grupo diferente de servicio o grupo de servicios proporcionados por los proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del Miembro para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medi-Cal y que 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 e Información de Divulgación: Este documento, en conjunto con su formulario de inscripción, y todos los anexos o cláusulas adicionales en que se explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento en nuestro plan que es responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro* para obtener más información acerca del Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas médicas solo si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a doctores, personal de enfermería y otros profesionales que le ofrecen 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 nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Casa o centro para convalecientes: Un lugar en el que se brinda atención a las personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan una hospitalización.

Mediador: Es una oficina en su estado que trabaja como su defensor. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual del Miembro*.

Determinación de organización: El plan toma una determinación de organización cuando nosotros o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por cada servicio): El Gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, sus servicios están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede recurrir a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no aceptó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, no es de nuestra propiedad y no es operado por nuestro plan; asimismo, tampoco está contratado para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*, se proporciona una explicación acerca de los centros o proveedores fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

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 Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información médica personal (también denominada Información Médica Protegida) (Personal Health Information, PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas médicas y antecedentes médicos. Consulte nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sobre sus derechos con respecto a esta.

Proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP): El doctor u otro proveedor al que usted acude en primera instancia para la mayoría de los problemas de salud. Dicha persona se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- Esta persona también puede hablar con otros doctores y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe recurrir a su proveedor de cuidados primarios antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de cómo recibir atención de proveedores de cuidados primarios.

Autorización previa: Una solicitud de servicio que su PCP envía con el fin de obtener la aprobación o la autorización para que reciba un servicio o un medicamento específico, o bien para que consulte un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no recibe primero esta aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su doctor u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la Lista de Medicamentos Cubiertos.

Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal en conjunto para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidados para vivir en el hogar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Protésicos y Ortóticos: Dispositivos médicos solicitados por su doctor u otro proveedor de atención médica. Incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality improvement organization, QIO): Un grupo de doctores y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El Gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Remisión: Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo(a) a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre estos servicios.

Servicios sensibles: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, ITS), el VIH/SIDA, las agresiones sexuales y los abortos, los trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación de sexo y la violencia en la pareja.

Área de servicios: es un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de doctores y hospitales a los que puede acudir, generalmente, es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtenerlos.

Costo compartido: La parte de sus costos de atención médica que puede tener que pagar cada mes antes de que los beneficios entren en vigor. La suma del costo compartido varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): corresponde a un centro de enfermería con el personal y el equipo para proporcionar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados, además de otros servicios de salud relacionados.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada de manera diaria y continua. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un doctor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



Especialista: Un doctor que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicos.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia Estatal: Si su doctor u otro proveedor solicitan un servicio Medi-Cal que no aprobamos o si no continuamos 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 exige que usted pruebe primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados y con discapacidades, ceguera o que sean mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. La SSI proporciona automáticamente la cobertura de Medi-Cal.

Cuidados de urgencia: 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Método	Información de Contacto
LLAME AL	(855) 665-4627. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	Para servicios médicos: Attn: Medicare Member Services Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: 866-290-1309
ESCRÍBANOS	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/Medicare