

# 2024

# Manual del Miembro

## Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal

### California H3038-003

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 de 2024**



# **Manual Del Miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**

**01/01/2024 – 12/31/2024**

## **Su cobertura médica y de medicamentos con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**

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

En este Manual del Miembro, conocido como Evidencia de Cobertura, se le informa acerca de su cobertura conforme a nuestro plan hasta el 12/31/2024. 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 términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** 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).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo tailandés, ucraniano, vietnamita.

Puede obtener esta información sin cargo en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema Braille o audio llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. La llamada es gratuita.

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 de modo que no tenga que 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 a. m. a 5 p. m., hora local, para actualizar su expediente con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, 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 ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a las solicitudes permanentes.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at. Someone that speaks can help you. This is a free service. Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese, and any additional languages required by the state.

**Spanish:**

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY: 711. *Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

**Arabic:**

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

**Armenian:**

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարեք մեզ (855) 665-4627 TTY: 711 *հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լատներեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տազալոզ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:*

**Cambodian:**

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមិនមានអំពីគម្រោងមិនថា ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកកាន់ យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ។ *នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ មិន ហ្វាស៊ី បារាំង បារាំងប្រកម្មស ហិណ្ឌូ ម៉ិង អ៊ីតាលី អាណ្លីម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ខ្មែរ មៀន ថ្មីឡាញ អ៊ែរឌុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ចៃ អ៊ុយក្រែន ឬផ្សេងទៀត អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃទេ។*



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**Chinese:**

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

**Farsi:**

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 711(855) 665-4627 TTY: با ما تماس بگیرید فردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

**French:**

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Creole:**

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

**Hindi:**

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।



**Hmong:**

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY: 711. *Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

**Italian:**

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. *Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, thailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

**German:**

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY: 711. *Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

**Japanese:**

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

**Korean:**

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. *영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.*



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**Laotian:**

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ ທີ່ ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມລິເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ພາລີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມັງ, ອິຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ອິນເດຍ, ເກຣັກ, ລາວ, ມຽນ, ໂປແລນ, ປອກຕຸຍການ, ປັນຈາບີ, ວັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ຊູແກຣນ ທີ່ ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

**Mien:**

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a' fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv (855) 665-4627 TTY: 711. Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba' miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a' fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hhangv.

**Polish:**

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

**Portuguese:**

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone (855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.



**Punjabi:**

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 TTY: 711 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکا اے۔ ایہہ اک مفت سروس اے۔

**Russian:**

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Tagalog:**

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa (855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.

**Thai:**

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่ (855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส อินเดีย ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียนมา โปแลนด์ โปรตุเกส ญวน ญิบราบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษาเขมรหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**Ukrainian:**

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

**Vietnamese:**

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



## Tabla de contenidos

Capítulo 1.	Inicio como miembro .....	12
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes .....	25
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos.....	43
Capítulo 4.	Tabla de beneficios.....	67
Capítulo 5.	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios .....	137
Capítulo 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal Medicaid.....	157
Capítulo 7.	Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos .....	169
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades.....	175
Capítulo 9.	Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	194
Capítulo 10.	Terminar su membresía en nuestro plan .....	247
Capítulo 11.	Avisos legales .....	255
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes.....	258



## Descargos de responsabilidad

- ❖ La cobertura conforme a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es cobertura médica calificada como “cobertura esencial mínima”. Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- ❖ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) es un plan de salud que tiene 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.
- ❖ La elegibilidad para el Beneficio Modelo o los Programas RI (Recompensas e Incentivos) bajo el Modelo VBID (Diseño de Seguro Basado en el Valor) no está asegurada y será determinada por la MAO (Organización de Medicare Advantage) después de la inscripción, según los criterios relevantes, por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de manejo del estado de la enfermedad en caso de que la elegibilidad de Afiliados específicos para los beneficios modelo o los programas RI no esté asegurada o no pueda determinarse antes de un año del plan, según corresponda.
- ❖ Medicare aprobó Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para proporcionar estos beneficios o copagos/coseguros más bajos como parte del Programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.



## 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, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Si considera que Molina discriminó por motivo 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, usted 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](mailto:civil.rights@MolinaHealthcare.com)

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Office of Civil Rights del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

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](mailto:OCRMail@hhs.gov)  
[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

Los formularios de quejas están disponibles en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

Si considera que Molina 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 Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights disponible en



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

o por correo o teléfono al:

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:

<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](http://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 los servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. 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.....	13
B.	Información acerca de Medicare y Medi-Cal.....	13
	B1. Medicare.....	13
	B2. Medi-Cal.....	13
C.	Ventajas de nuestro plan.....	14
D.	Área de servicio de nuestro plan.....	15
E.	Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan .....	15
F.	Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud.....	16
G.	Su equipo y plan de atención médica.....	18
	G1. Equipo de atención médica.....	18
	G2. Plan de atención médica.....	18
H.	Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care Plus.....	18
	H1. Prima del plan.....	19
	H2. Prima mensual de Medicare Parte B.....	19
	H3. Prima de los Beneficios Suplementarios Opcionales.....	19
I.	Su Manual del Miembro.....	19
J.	Otra información importante que obtiene de nosotros .....	20
	J1. Su tarjeta de identificación de miembro.....	20
	J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	21
	J3. Lista de los medicamentos cubiertos.....	22
	J4. <i>La Explicación de Beneficios</i> .....	23
K.	Mantener su registro de membresía actualizado .....	23
	K1. Privacidad de su información médica personal (PHI).....	24



**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](http://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 médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con administradores de casos y equipos de atención médica que le 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 brindarle atención médica de calidad a más personas, especialmente a aquellas 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 de atención médica para las siguientes personas:

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

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del Programa Medi-Cal 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 apoyos a largo plazo (LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién es elegible,



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- qué servicios están cubiertos, y
- el costo de los servicios.

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

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.
- 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.**

Le ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen lo siguiente:

- Puede acudir a **nosotros para la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención médica constituido con su ayuda. Su equipo de atención médica 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 atención médica para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda del equipo y del administrador de casos.
- Su equipo de atención médica y el administrador de casos trabajan con usted con el fin de desarrollar un plan de atención médica diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención médica le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo se asegura de lo siguiente:
  - Sus médicos reciben información sobre todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario.



- o Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos 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 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. Comuníquese con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711 si tiene alguna pregunta.

## D. Área de servicio de nuestro plan

---

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California:

- Condados de Los Angeles, San Diego, Riverside y San Bernardino

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** de su Manual del Miembro 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 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**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos; **y**
- actualmente es elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere en un plazo de 3 meses, aún es elegible para nuestro plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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 (HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención médica. La HRA incluye preguntas para determinar sus necesidades médicas, 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 médicos que usa ahora durante cierto tiempo, si no están en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención médica. Si no están en nuestra red, puede mantener sus autorizaciones de servicio y proveedores actuales en el momento en que usted se inscribe 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 primaria, 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 médica 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. Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responderle en un plazo de 3 días.
  - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando realice la solicitud.

**Nota:** Puede realizar esta solicitud para proveedores de equipos médicos duraderos (DME), durante al menos 90 días hasta que autorizamos un nuevo alquiler y solicitemos a un proveedor de la red que entregue el alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte, u otros proveedores auxiliares, sí puede realizar una solicitud de servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.



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 médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Los PCP de nuestro plan están afiliados a las IPA (Asociación de médicos independientes) y grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo a la IPA o el grupo médico afiliados. Esto significa que el PCP lo referirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su IPA o grupo médico. Una IPA o un 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## G. Su equipo y plan de atención médica

---

### G1. Equipo de atención médica

Un equipo de atención médica puede ayudarle 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 ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtiene un administrador de casos cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le puede derivar a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención médica 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 atención médica.

### G2. Plan de atención médica

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

Su plan de atención médica incluye lo siguiente:

- sus metas de atención médica, **y**
- una cronología para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que considera que debería obtener. Su plan de atención médica se elabora según sus necesidades y metas. El equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención médica al menos una vez por año.

## H. Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care Plus

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección H1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección H2)
- Prima de beneficios suplementarios opcionales (Sección H3)

**En algunos casos, su prima del plan podría ser menor.**



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de Molina Medicare Complete Care Plus es de \$0.

## H2. Prima mensual de Medicare Parte B

### Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se en la Sección E anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad de Medi-Cal y también tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care Plus, Medi-Cal paga su prima de Medicare Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de Medicare Parte B.

**Si Medi-Cal no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de Medicare Parte B. También puede incluir una prima de Medicare Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para Medicare Parte A sin prima. **Además, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos, e infórmeles sobre este cambio.**

## H3. Prima de los beneficios suplementarios opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios suplementarios opcionales”, pagará una prima adicional cada mes para obtener estos beneficios adicionales. Consulte la Sección E del Capítulo 4 para obtener más información.

## 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 [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

El contrato está vigente durante los meses en que está inscrito en nuestro plan, entre el **1/1/2024** y el **12/31/2024**.



**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](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un Directorio de proveedores y farmacias e información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos cubiertos, también conocida como *Formulario*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro

En nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. A continuación, encontrará un ejemplo de la tarjeta de identificación de miembro:



Si daña, pierde o le roban su tarjeta de identificación de 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.

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o la tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

**Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## **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* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. Las solicitudes de directorios de proveedores y farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Este directorio proporciona una lista de los médicos de atención primaria (PCP), de los hospitales y de otros proveedores de atención médica que se encuentran disponibles para usted como miembro de Molina Healthcare. También puede encontrar 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.
- Privilegios/afiliaciones hospitalarias.
- Grupo médico.

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

- Acceso básico
- Acceso limitado

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

- P: Estacionamiento
- EB: Edificio exterior
- IB: Edificio interior
- W: Sala de espera
- R: Baños



- E: Sala de examen
- T: Camilla
- S: Balanza para silla de ruedas

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

### Definición de proveedores de la red

- En nuestra red se incluyen los siguientes proveedores:
  - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) 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 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 le 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 pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

## J3. Lista de 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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 en la dirección que aparece al final de la página.

#### **J4. La explicación de beneficios**

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, gastaron en los medicamentos recetados de Medicare Parte D y la suma total que nosotros pagamos por cada uno de estos durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, 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. En el **Capítulo 6** de su Manual del Miembro, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle 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 reclamación por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Admisión a un centro de enfermería u hospital.
- Atención de un hospital o una sala de emergencias.



- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable de usted).
- Si 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 cambia su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

Los miembros pueden crear una cuenta Mi Molina en línea para cambiar de médico, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite <https://member.molinahealthcare.com> para crear o acceder a su cuenta Mi Molina.

## **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 PHI. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Manual 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle 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.....	26
B.	Su administrador de casos.....	28
C.	Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP).....	30
D.	Línea de Consejos de Enfermería.....	31
E.	Línea de Crisis de Salud Conductual.....	32
F.	Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO).....	32
G.	Medicare.....	33
H.	Medi-Cal.....	34
I.	Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal.....	35
J.	Servicios Sociales del Condado.....	35
K.	Plan de Salud Mental Especializada del Condado.....	37
L.	California Department of Managed Health Care.....	38
M.	Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	38
	M1. Ayuda Extra (Extra Help).....	38
	M2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP).....	39
N.	Seguro Social.....	39
O.	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	40
P.	Seguro grupal u otro seguro de un empleador.....	41
Q.	Otros seguros.....	41
R.	Programa Dental de Medi-Cal.....	42



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## A. Departamento de Servicios para Miembros

<b>LLAME AL</b>	<p>(855) 665-4627. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p> <p>Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles, y los sábados y domingos.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p>
<b>FAX</b>	<p><b>Para servicios médicos:</b> Fax: (310) 507-6186</p> <p><b>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):</b> Fax: (866) 290-1309</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p><b>Para servicios médicos:</b> 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p><b>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):</b> 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

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

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones 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 servicios cubiertos, ◐
    - la suma que pagamos por sus servicios 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulta 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 pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
  - Puede comunicarse con nosotros y explicar su queja llamando 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 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](http://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 ante el Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal llamando al 1-888-804-3536.
  - 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 acerca de sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, ○
    - la suma que pagamos por sus medicamentos.
  - 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 ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.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
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre la presentación de una apelación acerca de los medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos recetados.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre la presentación de una queja acerca de los medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó
  - 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, el personal de Molina Medicare Complete Care Plus puede realizar cambios a la asignación de un administrador de casos de acuerdo con sus necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o ubicación. Para obtener más información, comuníquese con el 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>LLAME AL</b>	(855) 665-4627. Esta llamada es gratuita.  Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.  Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de auto servicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles, y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
<b>ESCRIBA A</b>	200 Ocean Gate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

Comuníquese con su administrador de casos para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos por abuso de sustancias y salud mental)
- Preguntas sobre beneficios dentales
- Preguntas sobre el transporte a las citas médicas

Entre los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), se incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y Centros de enfermería (NF).

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

Puede obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS).
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de atención médica domiciliaria.
- En Servicios de apoyo en el hogar, a través de la agencia de servicios sociales de su condado.
- Para obtener más información sobre sus servicios LTSS, puede llamar a Molina Medicare Complete Care Plus al (855) 665-4627.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En California, el SHIP es conocido como el Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del 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.

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

<b>LLAME AL</b>	<p><b>Condado de Los Angeles:</b> (213) 383-4519, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora local.</p> <p><b>Condados de Riverside y San Bernardino:</b> (909) 256-8369 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m., hora local.</p> <p><b>Condado de San Diego:</b> (858) 565-8772, oficina: San Diego (760) 353-0223, oficina: Imperial</p>
<b>TTY</b>	711. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	<p><b>Condado de Los Angeles:</b> Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057</p> <p><b>Condados de Riverside y San Bernardino:</b> HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501</p> <p><b>Condado de San Diego:</b> Elder Law &amp; Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/HICAP">http://www.cahealthadvocates.org/HICAP</a>

Comuníquese con el HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas acerca de Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- o entender sus derechos,
- o comprender sus elecciones de plan,
- o presentar una queja de su atención médica o tratamiento, **y**
- o ayudarle a resolver problemas con las facturas.

## D. Línea de Consejos de Enfermería

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días del año. El servicio lo conecta con una enfermero calificado que puede proporcionarle asesoría de atención médica en su idioma y referirle a donde usted puede obtener la atención que necesita. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermería es un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la URAC (Comisión de Acreditación para Revisión de Uso). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermería ha demostrado un compromiso integral con la atención de calidad, los procesos mejorados y los mejores resultados con pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería también cuenta con la certificación de la NCQA (Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad) en Productos de Información Médica (HIP) para nuestra Línea de Información Médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información médica de la NCQA para los estándares aplicables de 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 y recursos comunitarios, y lo remitirá a un administrador de casos de Molina Medicare Complete Care Plus. Para obtener más información, puede llamar a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) al (855) 665-4627.

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

Puede comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o su atención médica.

<b>LLAME AL</b>	(888) 275-8750. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## E. Línea de Crisis de Salud Conductual

Si necesita atención de salud mental urgente, puede llamar al plan de salud mental de su condado para obtener ayuda. También puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 para obtener asistencia gratuita y confidencial en caso de crisis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7).

<b>LLAME AL</b>	<p><b>Para el condado de Los Angeles:</b> Los Angeles County Department of Mental Health, 1-800-854-7771 (línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana). TTY: 711</p> <p><b>Para el condado de Riverside:</b> Riverside University Health System – Behavioral Health, 1-800-499-3008</p> <p><b>Para el condado de San Bernardino:</b> San Bernardino County Department of Behavioral Health, 1-888-743-1478 (línea de ayuda las 24 horas del día) o 1-800-968-2636 (línea de ayuda las 24 horas del día para trastorno por abuso de sustancias)</p> <p><b>Para el condado de San Diego:</b> Servicios de salud conductual del condado de San Diego 1-888-724-7240 (Línea de Crisis y Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana). TTY: 711</p>
-----------------	--

## 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.

<b>LLAME AL</b>	(877) 588-1123
<b>TTY</b>	711. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://livantaqio.com/en/states/california">https://livantaqio.com/en/states/california</a>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica.
- Presentar una queja sobre la atención que recibió si:
  - tiene un problema con la calidad de la atención médica,
  - cree que su hospitalización termina demasiado pronto, ●
  - considera que los servicios de la atención médica domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finaliza demasiado pronto.

## G. Medicare

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>  Esta es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y cuidados paliativos.  Incluye sitios web y números de teléfono de ayuda. También incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora.  Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y realizar cualquier consulta sobre la que usted requiere información. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con 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](http://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 para personas con bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de crianza temporal y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal pueden incluir servicios médicos, dentales, de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al administrador de casos de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

<b>LLAME AL</b>	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## I. Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina del Mediador trabaja como defensora en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. La Oficina del Mediador también le ayuda con sus problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

<b>LLAME AL</b>	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	711 Esta llamada es gratuita.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx</a>

## J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de los Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), comuníquese con la agencia local de Servicios Sociales del 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. El programa de IHSS se considera una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o cuidado y alojamiento. Para solicitar los IHSS, comuníquese con la oficina local de los IHSS del condado:

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar Servicios de apoyo en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, comprar ropa o transporte.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>LLAME AL</b>	<p><b>Condado de Riverside:</b> (877) 410-8827 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.</p> <p><b>Condado de Los Angeles:</b> (888) 822-9622 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.</p> <p><b>Condado de San Bernardino:</b> (877) 800-4544. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.</p> <p><b>Condado de San Diego:</b> Dentro del 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 a. m. a 5 p. m., hora local.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p><b>Los Angeles County Department of Public Social Services</b> 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007</p> <p><b>County of Riverside In-Home Supportive Services</b> 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557</p> <p><b>County of San Bernardino In-Home Supportive Services</b> 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640</p> <p><b>Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services</b> 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices">https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices</a></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del Plan de salud mental del condado (MHP) si usted cumple con los criterios de acceso.

<b>LLAME AL</b>	<p><b>Los Angeles County Department of Mental Health:</b> (800)854-7771. Estallamadaesgratuita.Las24horasdeldía,los7díasdelasemana.</p> <p><b>RiversideUniversityHealthSystemsBehavioralHealth;LíneadeSoporte,Evaluación, Remisión y Acceso de la Comunidad (CARES):</b> (800)499-3008.Estallamadaesgratuita.Delunesaviernes,de8a.m.a5:30p.m.,hora local.</p> <p><b>San Bernardino - Department of Behavioral Health:</b> (888)743-1478.Estallamadaesgratuita.Las24horasdeldía,los7díasdelasemana.</p> <p><b>San Diego - Servicios para la Salud Mental:</b> (888)724-7240.Estallamadaesgratuita.Las24horasdeldía,los7díasdelasemana. Tenemosserviciosgratuitosdeintérpretedisponiblesparalaspersonasquenohablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Estenúmeroesparapersonasquetienendificultadesauditivasoparahablar.Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>

Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado para obtener ayuda sobre las siguientes consultas:

- Preguntas sobre los servicios especializados de salud mental proporcionados por el condado

## L. California Department of Managed Health Care



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

El California Department of Managed Health Care (DMHC) es responsable de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas en relación con los servicios de Medi-Cal.

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

## M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

En el sitio web [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ([www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

### M1. Ayuda Extra (Extra Help)

Como usted es elegible para Medi-Cal, califica para obtener la “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare a fin de pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario realizar otra acción para obtener la “Ayuda Extra” (Extra Help).

<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
-----------------	---



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>TTY</b>	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Etenúmero es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>

## M2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos en los medicamentos recetados. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripciones del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a (844) 421-7050.

## N. Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o las personas con discapacidades o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que cumplen con ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>ESCRIBA A</b>	Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="https://secure.ssa.gov/emailus">https://secure.ssa.gov/emailus</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

## O. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9 a. m. a 12 p. m. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## P. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

---

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de retiro (o los de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar a 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de retiro (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

## Q. Otros recursos

---

El Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal ofrece ayuda GRATUITA a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con lo siguiente:

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

El Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del programa es 1-888-804-3536.



## R. 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 parciales y completas, ajustes, reparaciones y reperfilados

<b>LLAME AL</b>	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los beneficios dentales están disponibles a través de los Programas de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal y de Atención Dental Administrada (DMC). Los representantes del Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a>

Además del Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales 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 6:00 p. m. La llamada es gratuita.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura de nuestro 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 duradero (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.....	45
B.	Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan.....	45
C.	Su administrador de casos.....	47
	C1. Qué es un administrador de casos.....	47
	C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de casos.....	47
	C3. Cómo puede cambiar de administrador de casos.....	47
D.	Atención de proveedores.....	47
	D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP).....	47
	D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	50
	D3. Cuando un proveedor sale del plan.....	51
	D4. Proveedores fuera de la red.....	53
E.	Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	53
F.	Servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias).....	53
	F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.....	54
G.	Servicios de transporte.....	56
	G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia.....	56
	G2. Transporte no médico.....	57



H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe.....58

    H1. Atención en una emergencia médica.....58

    H2. Atención requerida urgentemente.....60

    H3. Atención durante un desastre.....61

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan.....61

    I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....61

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....62

    J1. Definición de estudio de investigación clínica .....62

    J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica.....63

    J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica.....63

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica.....63

    K1. Definición de institución no médica religiosa que brinda atención médica .....63

    K2. Atención en una institución no médica religiosa que brinda atención médica.....64

L. Equipo médico duradero (DME).....64

    L1. DME como miembro de nuestro plan.....64

    L2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original.....65

    L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan .....65

    L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).....66



## A. Información sobre servicios y proveedores

---

**Los servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos se incluyen en el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se incluyen en el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** incluyen médicos, 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 LTSS.

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

## B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

---

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención 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**. El término “médicamente necesaria” se refiere a los 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, es necesario que un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red le indique el tratamiento o derive a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben 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. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 49.



- o 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 le 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.
- o No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención requerida urgentemente o para utilizar un proveedor de salud de la mujer o para otros servicios enumerados en 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 tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
  - o Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección H de este capítulo).
  - o 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 • sin costo alguno para usted.
  - o 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 Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, los costos compartidos para la diálisis pueden ser mayores.
  - o 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** de su *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 ayudarle a encontrar los proveedores en nuestra red que están afiliados con el 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 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. Comuníquese con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711 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 comunicarse para que le ayude con su caso, si es necesario. Esta persona le ayuda en la coordinación de su atención y la administración de sus servicios para asegurarse de que reciba lo que necesita.

### C2. Cómo 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

### C3. Cómo cambiar de administrador de casos

Puede solicitar que se cambie el administrador de casos llamando a la Administración de Casos o al Departamento de Servicios para Miembros. El personal de Servicios de Atención Médica de Medicare Complete Care Plus puede realizar cambios en la asignación de un administrador de casos de un miembro, según sus necesidades o su ubicación.

## D. Atención de proveedores

---

### D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

#### Definición de PCP y lo que hace por usted

El proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, una enfermera especializada, un profesional de atención médica o una clínica o un hogar médico (Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal [FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Molina Medicare Complete Care Plus mantiene una red de proveedores de atención especializada 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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 recibir atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre estos se incluyen los siguientes:

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

“Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Debido a que el PCP será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas a su consultorio.

Un grupo médico o una IPA es una red de médicos independientes que poseen y operan sus propios consultorios (en lugar de ser empleados de un sistema de atención médica más grande). Estos médicos se unen a un grupo médico para poder seguir siendo independientes y al mismo tiempo obtener el apoyo que necesitan para atender a los pacientes.

## Su elección de PCP

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



## Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarle 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 los 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 le ayuda a continuar con su atención especializada cuando cambie su PCP.

Usted puede cambiar de 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 sitio web personal en [www.mimolina.com](http://www.mimolina.com) o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare y sobre las solicitudes para cambiar a su PCP. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

## Servicios que puede obtener sin la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP o de nuestro plan antes de usar otros proveedores, siempre que estén dentro de la red de Molina Medicare Complete Care Plus. Se requiere autorización previa para todos los servicios fuera de la red. Su PCP solicitará servicios para otros proveedores mediante el envío de un Formulario de solicitud de autorización de servicios, generalmente llamado remisión. Puede recibir servicios como los enumerados a continuación sin obtener la aprobación de su PCP o de nuestro plan primero:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención requerida urgentemente recibida por parte de proveedores de la red.
- Atención requerida urgentemente proporcionada por proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana).
- **Nota:** La atención 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 ayudarle a obtener la diálisis mientras está lejos.
- Vacunas contra la gripe y el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.



- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.
- Servicios de enfermera partera, planificación familiar, pruebas de VIH y asesoramiento, tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STD).

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Los gastroenterólogos atienden a pacientes con problemas digestivos o intestinales.
- Los nefrólogos atienden a pacientes con problemas de los riñones.
- Los urólogos atienden a pacientes con problemas urinarios y de la vejiga.

Como miembro, usted no está limitado a especialistas específicos. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 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 recibir 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.

Remita a los miembros al Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren PA (autorización previa).

Una remisión por escrito puede ser para una visita o puede ser una remisión permanente para más de una visita si necesita servicios continuos. Debemos darle una remisión permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- Una afección crónica (continua).
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.



- Una enfermedad degenerativa o discapacidad.
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una remisión por escrito cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de esta página.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del plan, debemos otorgarle una autorización de servicio permanente para un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- Una afección crónica (continua).
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Una enfermedad degenerativa o discapacidad.
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una autorización de servicio de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

### 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.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado en la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.



- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- 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 se entera que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención. Un proveedor de la red que está utilizando podría abandonar nuestro plan. Si esto sucede, tendrá que cambiar a un nuevo proveedor. Debe formar parte de la red de Molina Medicare Complete Care Plus. Consideraremos un período de cambio para que empiece a recibir la atención del nuevo proveedor. Si su PCP abandona Molina Medicare Complete Care Plus, le avisaremos. Le ayudaremos a cambiarse a un nuevo PCP para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos si cumple con los siguientes requisitos:

Tiene una afección crónica grave por enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave y que:

persiste sin una curación completa o empeora durante un período prolongado, o bien requiere de tratamiento continuo para mantener la remisión o para evitar que empeore.

Si tiene una afección crónica grave, puede seguir con el médico u hospital que brinda tratamiento durante hasta 12 meses.

Tuvo una afección aguda, una afección médica que comience súbitamente y necesite atención inmediata. Una afección aguda en general dura menos tiempo que una afección crónica grave. En este caso, puede seguir con el médico u hospital mientras dure la afección aguda.

Su hijo es recién nacido, o hasta los 36 meses de edad. Su hijo puede seguir con el médico u hospital durante hasta 12 meses.

Tiene una enfermedad terminal. Si tiene una enfermedad de la cual no se espera que se recupere, puede seguir con su médico u hospital mientras dure la enfermedad.

Presenta documentación escrita del diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica materna por parte del proveedor de atención médica que la atiende. Una “enfermedad psiquiátrica materna” significa una enfermedad psiquiátrica que pueda afectar a una mujer durante un embarazo, antes del parto o posparto, o bien que surja durante el embarazo en el período antes del parto o posparto, hasta un año después de dar a luz. Si padece de una enfermedad



psiquiátrica materna, podría continuar recibiendo atención de su médico u hospital actual durante un máximo de 12 meses a partir del diagnóstico o hasta el final del embarazo, lo que suceda más tarde.

Recibió autorización para una cirugía u otro procedimiento a realizarse dentro de los 180 días de la fecha en que su médico u hospital abandonarán Molina Healthcare, o dentro de los 180 días de su inscripción en Molina Healthcare.

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

#### **D4. Proveedores fuera de la red**

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.

#### **E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)**

---

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en casa y evitar una internación en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Tiene acceso a determinados LTSS a través de nuestro plan, incluida la atención en un centro de enfermería especializada, los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los apoyos en la comunidad. Otro tipo de LTSS, el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

#### **F. 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. Brindamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal o servicios de trastornos por abuso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del plan de salud mental de su 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Los Angeles County Department of Mental Health
- Riverside University Health System – Behavioral Health
- San Bernardino County Department of Behavioral Health
- San Diego County – Behavioral Health Services

## **F1. 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 Riverside University Health System – Behavioral Health, San Bernardino County Department of Behavioral Health, San Diego County- Behavioral Health Services y Los Angeles County Department of Public Health, 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 plan de salud mental de su condado para los condados de Riverside, San Diego y San Bernardino o para el condado de Los Angeles, el Los Angeles County Department of Public Health, si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de Medi-Cal para medicamentos proporcionados por el plan de salud mental de su condado incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento residencial
- 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.
- Administrador de casos.

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 o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o por correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. La atención debe determinarse como necesaria. Medicamento necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, 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 con los niveles 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 (MHP) del condado, los administradores de casos de Molina Medicare Complete Care Plus pueden ayudar a referirle a los recursos del condado apropiados para



una evaluación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. También puede comunicarse con el condado directamente. Consulte los números del condado apropiados en la información a continuación.

### **Servicios de salud mental especializada**

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771  
Riverside University Health System – Behavioral Health, 1-800-499-3008  
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478  
San Diego County Behavioral Health Services 1-888-724-7240

### **Servicios de medicamentos de Medi-Cal**

Los Angeles County Department of Public Health 1-844-804-7500  
Riverside University Health System – Behavioral Health, 1-800-499-3008  
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478  
San Diego County Behavioral Health Services 1-888-724-7240

## **G. Servicios de transporte**

---

### **G1. 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 abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP y solicitarlo. Su PCP decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita un transporte médico que no sea de emergencia, se lo indicarán completando un formulario y presentándolo a Medi-Cal 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. Medi-Cal 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, Medi-Cal no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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, porque no puede utilizar un autobús, un taxi, un automóvil o una furgoneta para llegar a su cita.
- 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 médico le indicó para las **citas de rutina** no urgentes, llame a Medi-Cal al 1-800-541-5555 al menos con 2 días hábiles (de lunes a viernes) de anticipación antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro estatal cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

### Límites de transporte médico

Medi-Cal cubre el transporte médico de menor costo que cumpla con sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde exista 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, Medi-Cal le 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 el área de servicio de Medi-Cal, a menos que se autorice previamente.

## G2. 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.

Medi-Cal le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio privado o público para llegar a su cita no médica en caso de recibir los servicios autorizados por su proveedor. Medi-Cal utiliza el transporte médico que no es de emergencia (NEMT) para coordinar transporte no médico. 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. Medi-Cal 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. **No se le puede realizar un reembolso por conducir usted mismo.**



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.

A fin de solicitar transporte para servicios que hayan sido autorizados, llame a Medi-Cal al 1-800-541-5555 al menos con 2 días hábiles (de lunes a viernes) de anticipación antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de 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.

### Límites de transporte no médico

Medi-Cal proporciona el transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde exista una cita disponible. **No puede conducir usted mismo 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.

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

---

### H1. Atención en una emergencia médica

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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- riesgo grave para su salud o la de su hijo nonato; •
- daños graves en las funciones corporales; •
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
  - El traslado 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 los Estados Unidos o de sus territorios o 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 en 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 se encuentra en la parte inferior de esta página.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

### 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 médico 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

- acude a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que obtenga se considera “atención requerida urgentemente”, y sigue las reglas para obtener esta atención médica. Consulte la siguiente sección.

## H2. Atención requerida urgentemente

La atención requerida urgentemente es atención que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. 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 requerida urgentemente en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención requerida urgentemente solo en los siguientes casos:

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

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

### Atención requerida urgentemente fuera del área de servicio de nuestro plan

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

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

Nuestro plan cubre servicios internacionales de atención de emergencia y urgencia **O** servicios de atención de emergencia **O** urgencia en cualquier parte fuera de Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias.

Usted tiene cobertura internacional para emergencias y servicios de atención médica de urgencia con hasta \$10,000 por año calendario. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.



### H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el secretario de U.S. Department of Health and Human Services 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 declarado: [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro* para obtener más información.

## I. 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 pagó un monto superior al que corresponde a su costo compartido del plan 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.

### I1. 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 de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro*), **y**
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted pagará el costo total, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.**

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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, se explica qué debe si desea que cubramos un artículo 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. Consulte el Capítulo 4 para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de los beneficios utilizó.

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

---

### J1. Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted quiere participar, y usted expresa su interés de hacerlo, alguien que trabaje 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 comunicárnoslo ni obtener aprobación de nuestra parte, como así tampoco 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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

### **Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para afiliados por Medicare Original, le recomendamos a usted o a su administrador de casos que se pongan en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

Si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar 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 investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cubierta la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Entre estos se incluyen los siguientes:

- Alojamiento y comidas similar a una estadía hospitalaria 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.

## J3. 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 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

### K1. Definición de institución no médica religiosa que brinda atención médica

Una institución no médica religiosa que brinda atención médica es un lugar que proporciona atención que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está contra sus creencias religiosas, cubrimos la atención médica en una institución no médica religiosa que brinda 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

## K2. Atención en una institución no médica religiosa que brinda atención médica

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

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

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

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

## L. Equipo médico duradero (DME)

### L1. 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. 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

## L2. La propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

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

**Nota:** Puede encontrar definiciones de los planes Medicare Original y MA en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted* 2024. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no se elige Medi-Cal, deberá realizar los 13 pagos seguidos conforme a Medicare Original, o deberá realizar el número de pagos seguidos que establezca el plan MA, para hacerse propietario del artículo DME si:

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

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

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

## L3. 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
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno



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

#### **L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).**

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

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 período 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.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Medicare Original. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



## 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 dichos servicios. También le informa acerca de beneficios no cubiertos conforme al 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, estará inscrito 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. Comuníquese con nosotros al (855) 665-4627, TTY: 711 si tiene alguna pregunta.

### Tabla de contenidos

A.	Sus servicios cubiertos.....	68
	A1. En caso de emergencias de salud pública .....	68
B.	Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	68
C.	Sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan.....	68
D.	Tabla de beneficios de nuestro plan.....	72
E.	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	129
	E1. Servicios de Transición a la Comunidad (CCT).....	129
	E2. Programa Dental de Medi-Cal.....	130
	E3. Cuidados paliativos .....	130
	E4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).....	131
	E5. Programas de Exención de Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) (exenciones de la Sección 1915(c)).....	132
F.	Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal.....	134



**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](http://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** del Manual del Miembro. Este capítulo explica los límites respecto a algunos servicios. Como recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627. TTY: 711.

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

Si el gobernador de California, el secretario de U.S. Department of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá 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 le facturen por los servicios cubiertos dentro de la red. 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 con las siguientes reglas.** Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Le proporcionamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Los servicios, incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y de uso de sustancias, los servicios y apoyos 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 prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado actual de salud. Esto incluye atención que evita que usted ingrese a un hospital o a un centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- 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, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea de atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. 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 atención primaria (PCP) o un equipo de atención médica 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.
- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). En la Tabla de beneficios, marcamos con un asterisco (\*) los servicios cubiertos que necesitan PA.

Información importante sobre beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de planificación de atención médica y bienestar (WHP)

- Debido a que Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de atención anticipada (ACP):
  - Los servicios de ACP le ayudan a prepararse si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Las “directivas anticipadas” son los documentos legales que puede usar para dar instrucciones si no puede hacerlo usted mismo. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres para ellas, como testamento vital y poder notarial permanente.
- Molina Medicare Complete Care Plus puede ayudarle con los servicios de ACP de muchas maneras:
  - Molina Medicare Complete Care Plus proporciona información sobre los servicios de ACP en nuestro sitio web en [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- o Puede obtener formularios de Directivas anticipadas en:
  - el sitio web CaringInfo en [caringInfo.org](http://caringInfo.org).
- El sitio web Molina Caregiving for Medicare en <https://www.molinacaregiving.com>. Desplácese hasta la parte inferior de la página y elija su estado. Haga clic en Caregiving (Cuidadores). Luego haga clic en Durable Power of Attorney (Poder notarial permanente) para ir al formulario correspondiente.
  - o Puede solicitar más información cuando reciba su llamada de bienvenida. Los especialistas de la llamada de bienvenida pueden ayudarle con sus preguntas sobre las directivas anticipadas y cómo obtener una..
  - o Solicite más información a su proveedor de atención primaria (PCP) de Molina Medicare Complete Care Plus.
  - o Pregunte a su administrador de casos para obtener más información.
  - o Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711.
  - o Puede obtener más información sobre cómo tomar decisiones sobre su atención médica en el *Capítulo 9*, Sección.
  - o La participación en los servicios de ACP es voluntaria. Puede decidir si desea una directiva anticipada y qué tipo de directiva anticipada desea. Puede rechazarla si no desea una directiva anticipada. Nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de tener o no una directiva anticipada.
- Información importante sobre beneficios para afiliados que califican para obtener la “Ayuda Extra” (Extra Help):
  - o Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID). El modelo VBID le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Como parte del Modelo VBID, Molina Medicare Complete Care Plus ofrece la eliminación de los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Los miembros que reciben “Ayuda Extra” (Extra Help) tendrán costos compartidos reducidos (\$0) en todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. También puede llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio o cómo le ayudará.

### **Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas.**

Si padece las siguientes afecciones crónicas y cumple con determinados criterios médicos, puede ser elegible para los siguientes beneficios adicionales:

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.
- Diabetes.
- Enfermedad hepática en etapa terminal.
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
- Trastornos hematológicos graves.
- 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. Encontrará 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><b>Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal</b></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><b>Acupuntura</b></p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura ambulatorios en cualquier mes natural o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera:</li> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no está asociado con una intervención quirúrgica; <b>y</b></li> <li>• no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura por lumbago crónico si muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> <b>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</b></p> <p>Pagamos por un examen preventivo de abuso de alcohol (Detección, intervención breve y remisión a tratamiento [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 atención primaria (PCP) 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><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen tierra y aire (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (no de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no son emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare. <b>Se necesita una autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</b> Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Consulte “Cobertura internacional de emergencia o urgencia” en esta tabla si necesita transporte de emergencia en ambulancia fuera de los EE. UU.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Examen físico anual (suplementario)</b></p> <p>El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que solo pueden ser prestados por un médico, enfermera especializada o auxiliar médico. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.</p>	<p>\$0</p> <p>Si se requieren servicios adicionales, el proveedor le referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.</p>
<p> <b>Visita preventiva anual</b></p> <p>Puede hacerse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “<b>Bienvenida a Medicare</b>”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita preventiva de “<b>Bienvenida a Medicare</b>” para tener cubiertas las consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p>
<p><b>Servicios preventivos del asma</b></p> <p>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>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
 <p><b>Mediciones de masa ósea</b></p> <p>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.</p> <p>El plan cubre los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos por un médico para que examine y comente sobre los resultados.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p>	
 <p><b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <p>Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años.</p> <p>Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.</p> <p>Un examen clínico de mamas cada 24 meses.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>	
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</b></p> <p>Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una remisión u orden del médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p><b>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades del corazón)*</b></p> <p>Pagaremos por una consulta anual, o más de ser médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP) 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"> <li>• hable sobre el uso de la aspirina;</li> <li>• mida su presión arterial, ●</li> <li>• le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
 <p><b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>Pagaremos por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	<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><b>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas una vez cada 24 meses.</li> <li>• Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> <li>• Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> <li>• Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años.</li> </ul>	<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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación</li> </ul>	<p>Paga \$0 por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> </ul> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</p>	
<p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través del Programa Dental de Medi-Cal, descrito en F2 a continuación.</p> <p>Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios dentales (suplementarios)</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Cubrimos beneficios dentales adicionales que Medicare Original no cubre.</p> <p>Estos beneficios se detallan por separado a continuación en la categoría Servicios dentales (suplementarios).</p> <p>Entre los servicios dentales suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima.</p> <p>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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Atención dental preventiva de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales preventivos - Exámenes Orales: 2 visitas por año</li> <li>• Servicios dentales preventivos - Profilaxis: 2 visitas por año</li> <li>• Servicios dentales preventivos - Tratamiento con Flúor: 2 visitas por año</li> <li>• Servicios dentales preventivos- Radiografías: Periapicales, hasta 6 por año, hasta 4 radiografías panorámicas de mordida por año; hasta una radiografía panorámica cada 5 años.</li> </ul> <p>Para encontrar un proveedor dental de atención preventiva de rutina de la red cercano, puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar en línea usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores dentales suplementarios en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> </ul> <p>Nos hemos asociado con este proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si usa un proveedor dentro de nuestro proveedor dental, obtendrá los servicios dentales preventivos descritos anteriormente sin costo alguno para usted. Además, tendrá \$1,000 en su tarjeta MyChoice para cualquier servicio adicional de este proveedor.</p> <p>Si eligió utilizar un proveedor dental fuera de la red del proveedor, todos y cada uno de los servicios prestados (incluidos los servicios dentales preventivos o integrales) solo estarán cubiertos cuando use su tarjeta MyChoice y solo hasta la asignación de beneficios de \$1,000.</p>	<p>Puede ser elegible para recibir servicios dentales adicionales a través del Programa Dental de Medi-Cal cuando visite a un proveedor dental de Medi-Cal. Consulte la Sección F2 para obtener más información sobre los beneficios a través del Programa Dental de Medi-Cal.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito (no una tarjeta de crédito) y es para uso exclusivo del miembro para sus necesidades dentales. Esta asignación de beneficios dentales se cargará a su tarjeta MyChoice al comienzo de su período de beneficios (anualmente). Al final de cada año de beneficios, la asignación de beneficios que no utilice vencerá y no se transferirá al siguiente período o año del plan.</p> <p>Lo que hay que recordar:</p> <p>La asignación de la tarjeta MyChoice no se puede convertir en efectivo. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Los servicios estéticos no están cubiertos por el plan y usted no puede utilizar su tarjeta MyChoice para pagarlos. Las asignaciones para tarjetas MyChoice solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de su fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción.</p>	
 <p><b>Examen de detección de depresión</b></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 o 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></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"> <li>• Presión arterial alta (hipertensión)</li> <li>• Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa)</li> </ul> <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>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>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> <b>Suministros, servicios y capacitación para la autogestión diabética</b></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"> <li>• Materiales para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Un monitor de glucosa en sangre</li> <li>◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre</li> <li>◦ Lancetas y dispositivos para lancetas</li> <li>◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores</li> </ul> </li> <li>• Para las personas diabéticas que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida con el ajuste incluido (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ●</li> <li>◦ 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).</li> </ul> </li> <li>• En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, contacte al Departamento de Servicios para Miembros.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por este beneficio. 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. Consulte “Cuidado para la vista” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (MNT).</p> <p><b>Se puede requerir una autorización previa para los suministros, zapatos y plantillas para diabéticos. No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de doulas</b></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><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*</b></p> <p>Consulte el Capítulo 12 de su <i>Manual del Miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas, incluidas las eléctricas</li> <li>• Muletas</li> <li>• Sistemas de colchones eléctricos</li> <li>• Almohadilla de presión seca para colchón</li> <li>• Suministros para diabéticos</li> <li>• Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar</li> <li>• Bomba de infusión intravenosa (IV) y tubo</li> <li>• Dispositivos de asistencia para el habla</li> <li>• Equipos y suministros de oxígeno</li> <li>• Nebulizadores</li> <li>• Andadores</li> <li>• Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo</li> <li>• Tracción cervical (puerta basculante)</li> <li>• Estimulador del hueso</li> <li>• Equipo para la atención de la diálisis</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por el DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>Otros artículos 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><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>• necesarios para el tratamiento de una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riesgo grave para su salud o la de su hijo nonato; ●</li> <li>• daños graves en las funciones corporales; ●</li> <li>• disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante la hospitalización únicamente si nuestro plan aprueba su internación.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención de emergencia (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:           <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.</li> <li>◦ El traslado puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.</li> </ul> </li> </ul> <p>La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios excepto en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.</p> <p>Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura internacional de emergencias de hasta \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.</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 la hospitalización únicamente si nuestro plan aprueba su internación.</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico.</li> <li>• Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico.</li> <li>• Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo).</li> <li>• Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón).</li> <li>• Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI).</li> <li>• Asesoramiento y pruebas para detectar VIH, SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.</li> <li>• Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días antes, pero no más de 180 días antes, de la fecha de la cirugía).</li> <li>• Asesoramiento genético.</li> </ul> <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"> <li>• El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada).</li> <li>• Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.</li> <li>• Pruebas genéticas.</li> </ul> <p>Los productos y medicamentos de planificación familiar de venta libre que no están cubiertos por Medicare Part D pueden estar cubiertos por su beneficio de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (<a href="http://medi-calrx.dhcs.ca.gov">medi-calrx.dhcs.ca.gov</a>) para obtener más información. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)</b></p> <p>Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar. El kit le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas afecciones de salud. Entre estos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clases de educación de la salud.</li> <li>• Clases de educación nutricional.</li> <li>• Programa para dejar de fumar <b>y</b></li> <li>• Línea directa de enfermería.</li> </ul>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de audición*</b></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 2 años 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><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>\$0</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></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).</p> <p>Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario. Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono.</p> <p>El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario. Si le dicen que necesita audífonos, puede recibir hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada veinticuatro meses para ambos oídos combinados.</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"> <li>• Moldes, materiales y plantillas.</li> <li>• Reparaciones que cuestan más de \$25 cada una.</li> <li>• Un grupo inicial de baterías.</li> <li>• Seis consultas de capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que obtenga el audífono.</li> <li>• Alquiler, en período de prueba, de audífonos.</li> <li>• Dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea superficiales.</li> <li>• Servicios de audiología y posevaluación relacionados con audífonos.</li> </ul>	



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p>Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Deberá presentar un formulario de evaluación de riesgos de la salud que 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 mencionan a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.</li> <li>• Trastornos autoinmunitarios.</li> <li>• Cáncer.</li> <li>• Trastornos cardiovasculares.</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Enfermedad hepática en etapa terminal.</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).</li> <li>• Trastornos hematológicos graves.</li> <li>• VIH/SIDA.</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos.</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.</li> <li>• Trastornos neurológicos.</li> <li>• Accidente cerebrovascular.</li> </ul> <p>Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de casos para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional.</p> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>Se requiere la participación en un programa de administración de cuidados.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p>Nota: Al solicitar este beneficio, usted autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, por correo o por cualquier otro método de comunicación que se indique expresamente en su solicitud.</p> <p>Una vez aprobada, es posible que su tarjeta MyChoice precargada se cargue automáticamente con un máximo de \$150 por trimestre para utilizarla en los beneficios SSBCI (beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas). 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 comparten una asignación combinada cada 3 meses, pero la cantidad de asignación máxima es de \$150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se transferirán al siguiente trimestre.</p> <p><b>Asignación de suministros para animales de servicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinda apoyo a los miembros con una discapacidad o afección crónica que requieren asistencia de un perro de servicio, según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).</li> <li>• Para ser elegibles para este beneficio, requerimos que su médico proporcione confirmación de la necesidad de un perro de servicio de acuerdo con la ADA.</li> <li>• Se puede utilizar para la compra de alimentos y suministros caninos, en cualquier comercio minorista o en línea identificado como una tienda para mascotas (por ejemplo: Petco, PetSmart, Chewy, etc.).</li> <li>• No cubre el costo de adquisición del animal, entrenamiento o cualquier servicio veterinario del perro de servicio.</li> <li>• Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p><b>Control de plagas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> <li>• El proveedor preferido de control de plagas de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es Terminix. Terminix tiene contrato directamente con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para proporcionar servicios de control de plagas preventivos de rutina a una tarifa negociada con anterioridad. Los miembros tienen la flexibilidad de utilizar otro proveedor de control de plagas, si así lo desean.</li> <li>• Los miembros deben usar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios.</li> </ul> <p><b>Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pruebas incluyen, entre otras: Sensibilidad a los alimentos, alergias en interiores y exteriores, sueño y estrés, y más.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) tiene contratos directos con Everlywell para ofrecer pruebas a una tarifa negociada con anterioridad.</li> <li>• Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p><b>Asignación para aplicaciones de salud mental y bienestar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las aplicaciones de salud mental y bienestar están diseñadas para proporcionar herramientas valiosas que ayuden a los miembros a manejar la discapacidad.</li> <li>Los ejemplos de aplicaciones de salud mental y bienestar incluyen: Talkspace, Headspace, Calm, etc.</li> <li>Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios.</li> </ul> <p><b>Alimentos y productos:</b></p> <p>Si es elegible, recibirá \$80 por mes para gastar en alimentos y productos. Esta asignación mensual no se comparte con los servicios de SSBCI que se mencionan a continuación: El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubiertas por Medicare 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 alimentos saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en <a href="https://Members.NationsBenefits.com/Molina">Members.NationsBenefits.com/Molina</a>.</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](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p><b>Examen de detección de VIH</b></p> <p>Pagamos por un examen preventivo de VIH cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soliciten una prueba de detección de VIH</li> <li>• tengan mayor riesgo de infección por VIH.</li> </ul> <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de detección de 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><b>Atención de una agencia de atención médica a domicilio*</b></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 domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Terapia de infusiones en el hogar*</b></p> <p>Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• equipos, como una bomba; <b>y</b></li> <li>• suministros, como un tubo o un catéter.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; <b>y</b></li> <li>• servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 del costo por la terapia de infusiones en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas.</li> <li>• Servicios de atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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 Medicare Original, no por Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p><b>Los servicios de cuidado paliativo y servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la <b>Sección F</b> de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Parte A o B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre los servicios que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. Cubriremos los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el <b>Capítulo 5</b> de su Manual del Miembro.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención distinta del cuidado paliativo, llame a su administrador de casos para coordinar los servicios. La atención distinta del cuidado paliativo es la que <b>no</b> está relacionada con su enfermedad terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los miembros con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las reglas de cobertura de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>Pagamos por otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el <b>Capítulo 6</b> de su Manual del Miembro para obtener más información.</p> <p>También pagamos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p><b>Atención en hospital para pacientes internados*</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina.</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias.</li> <li>• Medicamentos y medicinas.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<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><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en hospital para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas.</li> <li>• Servicios de quirófano y sala de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.</li> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral.</li> </ul> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante.</p> <p>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 nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y elige obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, incluyendo su conservación y administración.</li> <li>• Servicios de médicos.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que usted pase a ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en hospital para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</b></p> <p>Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieren de una hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 hospitalizados. 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"> <li>◦ El límite de 190 días <b>no</b> aplica a los servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul> </li> <li>• Si tiene 65 años o más, pagamos por los servicios que recibe en un Instituto para enfermedades mentales (IMD).</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta*</b></p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía 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"> <li>• Servicios de médicos.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio.</li> <li>• Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos</li> <li>• Apósitos quirúrgicos.</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta* (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), ◦</li> <li>◦ la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien.</li> </ul> </li> <li>• Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección.</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	
<p><b>Suministros y servicios para enfermedades renales</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre 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.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el <b>Capítulo 3</b> 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.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios. Medicare cubre hasta 6 sesiones durante toda su vida.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Suministros y servicios para enfermedades renales (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis a pacientes hospitalizados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales.</li> <li>• Entrenamiento en autodiálisis, incluido entrenamiento para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio.</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>• Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p>Su beneficio de medicamentos de 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> <b>Examen de detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan paga un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después del primer examen preventivo, nuestro plan paga por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico 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>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo 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 asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si 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><b>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambio de dieta a largo plazo, <b>y</b></li> <li>• aumento de actividad física, <b>y</b></li> <li>• formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B*</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios de un centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico.</li> <li>• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</li> <li>• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autoriza.</li> <li>• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted no puede inyectarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®, Epoetin Alfa.)</li> <li>• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li> </ul> <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: <a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</p> <p>También cubrimos otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el <b>Capítulo 5</b> 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 <b>Capítulo 6</b> 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><b>Tarjeta MyChoice</b></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"> <li>• Artículos de venta libre.</li> <li>• Servicios dentales.</li> <li>• Servicios para la vista.</li> <li>• Alimentos y productos*.</li> <li>• Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas*</li> </ul> <p>*Se aplican requisitos de elegibilidad.</p> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a su tarjeta MyChoice.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Tarjeta MyChoice (continuación)</b></p> <p>La tarjeta de débito precargada 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, trimestral o anual, 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.</p> <p>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.</p> <p>Para obtener más información sobre su beneficio de artículos OTC (de venta libre), dentales y de la vista, o sobre cómo calificar para los beneficios de alimentos y productos, y beneficios suplementarios especiales para enfermedades crónicas (SSBCI), llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Para acceder a las asignaciones de los SSBCI, los miembros deben tener: una afección crónica que califique; una HRA válida completada para su inscripción actual en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del médico en conjunto con la administración de casos de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en esta tabla para obtener más información.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Asesoramiento nutricional</b></p> <p>Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un formulario de remisión para educación sobre salud de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos.</li> <li>• Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee.</li> </ul> <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>
<p><b>Atención en un centro de enfermería*</b></p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención 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"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Terapia respiratoria.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en un centro de enfermería (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Sangre, incluyendo su conservación y administración.</li> <li>• Materiales médicos y quirúrgicos habitualmente suministrados por centros de enfermería.</li> <li>• Pruebas de laboratorio habitualmente administradas por centros de enfermería.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología, habitualmente administrados por centros de enfermería</li> <li>• Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas habitualmente administrados por centros de enfermería.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores médicos.</li> <li>• Equipo médico duradero.</li> <li>• Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas.</li> <li>• Beneficios de la vista.</li> <li>• Exámenes auditivos.</li> <li>• Atención quiropráctica.</li> <li>• Servicios de podología.</li> </ul> <p>Por lo general, usted obtiene su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en un centro de enfermería (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione la atención de un centro de enfermería).</li> <li>• Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted abandona el hospital.</li> </ul>	
 <p><b>Prueba de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso</b></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 atención primaria 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>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP)</b></p> <p>Nuestro plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de ingesta.</li> <li>• Pruebas periódicas.</li> <li>• Medicamentos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos.</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas).</li> </ul>	<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 de opioides para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, pero puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento de opioides.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias*</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Sangre, incluyendo su conservación y administración.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 para los servicios ambulatorios cubiertos por Medicare:</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagamos por los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarlo en el hospital.</li> <li>◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio.</li> <li>◦ Puede obtener más información sobre hospitalizaciones o servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a>.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>\$0</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente hospitalizado.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, tales como férulas y yesos.</li> <li>• Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de beneficios.</li> <li>• Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo.</li> </ul>	
<p><b>Atención médica mental ambulatoria*</b></p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado.</li> <li>• Un psicólogo clínico.</li> <li>• Un trabajador social clínico.</li> <li>• Un especialista en enfermería clínica.</li> <li>• Un consejero profesional autorizado (LPC).</li> <li>• Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT).</li> <li>• Una enfermera especializada (NP).</li> <li>• Un auxiliar médico (PA).</li> <li>• Cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>Usted pagará \$0 cada vez que necesite atención de salud mental y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios por personal no médico, incluido el control de la terapia con medicamentos y las visitas de terapia individual o grupal.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención médica mental ambulatoria (continuación)</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos</li> <li>• Tratamiento durante el día</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial</li> <li>• Programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo</li> <li>• Evaluaciones psicológicas cuando son indicadas clínicamente para evaluar un resultado de salud mental</li> <li>• Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos</li> <li>• Suplementos, medicamentos, suministros y laboratorio para pacientes ambulatorios</li> <li>• Consulta psiquiátrica</li> </ul> <p>Sus beneficios de Medi-Cal incluyen servicios especializados de salud mental para las personas que califican. Estos servicios especializados de salud mental están cubiertos fuera de nuestro plan. Consulte la Sección E.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estos servicios y cómo acceder a ellos.</p>	
<p><b>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</b></p> <p>Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada visita al fonoaudiólogo (SP), terapia física (PT) ambulatoria o terapia ocupacional (OT) médicamente necesarias.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no aparecen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento.</li> <li>• Tratamiento de la drogadicción.</li> <li>• Asesoramiento individual o grupal de un clínico calificado.</li> <li>• Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial.</li> <li>• Servicios para tratar el abuso de alcohol y la drogadicción en un centro de tratamiento intensivo ambulatorio.</li> <li>• Tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Cirugía ambulatoria*</b></p> <p>Pagamos por servicios y cirugía ambulatorios en centros de salud para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria.</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. <b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)</b></p> <p>Usted obtiene \$320 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos, productos y medicamentos de venta libre aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice.</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"> <li>• En línea: visite el sitio web <a href="https://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a>.</li> <li>• Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</li> <li>• Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos.</li> <li>• A través de las tiendas minoristas participantes.</li> </ul> <p>Consulte su Catálogo de artículos OTC de 2024 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC de 2024.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible si usa su tarjeta MyChoice.</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](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*</b></p> <p>El Programa de Hospitalización Parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p><b>Nota:</b> Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio hospitalario.</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 médico 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><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes:</li> <li>• Consultorio del médico.</li> <li>• Centro de cirugía ambulatoria certificado.</li> <li>• Departamento de pacientes ambulatorios del hospital.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría, diagnóstico, y tratamiento por un especialista.</li> <li>• Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento.</li> <li>• Ciertos servicios de telemedicina, incluidos los beneficios adicionales de telemedicina.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telemedicina. Si decide recibir uno de estos servicios por telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telemedicina.</li> </ul> </li> <li>• Algunos servicios de telemedicina, que incluye consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telemedicina para las consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar.</li> <li>• Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.</li> <li>• Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente.</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asiste a una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telemedicina.</li> <li>◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina.</li> <li>◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal.</li> <li>• Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no es un paciente nuevo, <b>y</b></li> <li>◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días, <b>y</b></li> <li>◦ la revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no es un paciente nuevo, <b>y</b></li> <li>◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días, <b>y</b></li> <li>◦ la evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> <li>• Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas.</li> <li>◦ Ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales.</li> <li>◦ Extracción de dientes antes de los tratamientos con radiación de cáncer neoplásico.</li> <li>◦ Servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología*</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón).</li> <li>• Atención de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.</li> </ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Puede que se requiera autorización previa.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></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"> <li>• Un examen de tacto rectal.</li> <li>• Examen de antígeno prostático específico (PSA).</li> </ul>	<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><b>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</b></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"> <li>• Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía.</li> <li>• Nutrición enteral y parenteral, incluidos los juegos de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas.</li> <li>• Marcapasos.</li> <li>• Aparatos ortopédicos.</li> <li>• Zapatos ortopédicos.</li> <li>• Piernas y brazos artificiales.</li> <li>• Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).</li> <li>• 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.</li> <li>• Pañales y crema para la incontinencia.</li> </ul> <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 remoción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</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><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar*</b></p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de intensidad moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD.</p> <p>Pagamos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de un respirador.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p> <b>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</b></p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar 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 STI. 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, un consultorio médico.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios de exámenes preventivos de detección de STI y asesoramiento preventivo de STI 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p> <b>Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco</b></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"> <li>• 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.</li> </ul> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagamos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</li> </ul> <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><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)*</b></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"> <li>• Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET.</li> <li>• 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación).</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>Usted paga \$0 por visitas de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico.</li> <li>• Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD.</li> <li>• Bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo.</li> </ul>	
<p><b>Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia</b></p> <p>Este beneficio ofrece el transporte más accesible y económico. Esto puede incluir lo siguiente: ambulancia, furgoneta, servicios de transporte médico de furgoneta para sillas de ruedas y coordinación con para tránsito.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• su afección médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otra forma de transporte público o privado, <b>y</b></li> <li>• de acuerdo con el servicio, puede ser necesaria una autorización previa.</li> </ul> <p>Consulte la Sección F del Capítulo 3 para obtener más información.</p> <p>Este beneficio permite el transporte de los 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>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Atención requerida urgentemente</b></p> <p>Atención requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una no emergencia que requiera atención médica urgente, ●</li> <li>• una enfermedad médica repentina, ●</li> <li>• una lesión, ●</li> <li>• una afección que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera el área de servicio del plan y usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura internacional de emergencias de hasta \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.</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><b>Cuidado para la vista</b></p> <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 la vista anuales para detectar retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, hispano-estadounidenses de 65 años o más. 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.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Cuidados para la vista (suplementario)</b></p> <p>Nos hemos asociado con un proveedor de la vista para brindarle más opciones para sus necesidades de la vista de rutina.</p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista de rutina cada año calendario</li> <li>• Asignación para artículos para la vista</li> </ul> <p>Puede usar su asignación para artículos para la vista para comprar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de contacto*</li> <li>• Anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Lentes o marcos para anteojos</li> <li>• Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos)</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página.</b></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Cuidados para la vista (suplementario) (continuación)</b></p> <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para lentes, marcos o anteojos también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos para la vista del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario. Tiene una asignación para artículos para la vista de \$500 por cada año calendario.</p> <p>Para su examen de la vista de rutina, para encontrar un proveedor de atención de la vista preventiva de rutina dentro de la red cerca de usted, puede: Buscar en línea usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores de la vista suplementarios en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</p> <p>El plan ofrece beneficios suplementarios para ayudar con artículos o servicios que generalmente no están cubiertos por Medicare. Todos los beneficios deben usarse durante el año del plan y solo están disponibles si usted está inscrito en el momento en que se prestan los servicios.</p> <p>Es posible que pueda acceder a servicios adicionales de optometría, aparatos oculares y asistencia para la visión disminuida a través de sus beneficios de Medi-Cal.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
 <p><b>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”*</b></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"> <li>• una revisión de su salud,</li> <li>• educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluidos exámenes y vacunas), <b>y</b></li> <li>• remisión a atención adicional si la necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su 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>
<p><b>Cobertura internacional de emergencia/urgencia (suplementaria)</b></p> <p>Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta \$10,000 cada año calendario para atención internacional de emergencia/urgente fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).</p> <p>Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como de atención de emergencia o urgente si la atención se proporciona en los EE. UU. La cobertura internacional incluye atención de emergencia o requerida urgentemente, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar donde ocurre hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de los EE. UU. y necesita atención como paciente hospitalizado 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</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p><b>Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria) (continuación)</b></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. 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 atención tan pronto su afección 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>plan que le autorice la atención como paciente hospitalizado 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. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de los EE. UU. Se aplica un máximo del plan de \$10,000 cada año calendario para este beneficio.</p>
<p>Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, conversión de moneda o cargos por transacción) no están cubiertos. Los Estados Unidos cubre los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, la Isla Mariana del Norte y Samoa Americana.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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 Medicare Original.

### E1. Servicios de Transición a la Comunidad (CCT)

El programa de Servicios de Transición a la Comunidad (CCT) de California usa organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en un centro de internación durante al menos 90 días consecutivos y que desean volver y permanecer seguros en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el período previo a la transición y durante 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar nuevamente 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 Department of Health Care Services en: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://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 factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de la transición de CCT, nosotros pagamos los servicios que aparecen 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 atención de transición que no sea de CCT, llame a su administrador de casos para coordinar los servicios. La atención de transición que no sea de CCT es la que **no** está relacionada con su transición de una institución o un 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:



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamiento con fluoruro
- Restauraciones y coronas
- Terapia de endodoncia
- Dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y reperfilados

Los beneficios dentales están disponibles en el Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal. Si desea obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte 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 ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información, también puede visitar la página web en [www.dental.dhcs.ca.gov](http://www.dental.dhcs.ca.gov).

Además del Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales 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 6:00 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. Cuidados paliativos

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

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

#### **Para los servicios de cuidado paliativo y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que estén relacionados con su diagnóstico 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.

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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- El proveedor le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Usted no deberá pagar 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 atención distinta del cuidado paliativo, llame a su administrador de casos para coordinar los servicios. La atención distinta del cuidado paliativo es la que no está relacionada con su enfermedad terminal.

#### **E4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)**

- El programa de IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El programa de IHSS se considera una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o cuidado y alojamiento.
- Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para la persona con una discapacidad mental.
- Su administrador de casos puede ayudarle a solicitar IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado.

#### **E5. Programas de Exención de Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) (exenciones de la Sección 1915(c))**

##### **Exención de vida asistida (ALW)**

- La Exención de vida asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un entorno similar al hogar y comunitario, o evitar el ingreso a un centro de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en la ALW y fueron transferidos a la Atención Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la ALW mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de administrador de casos de ALW para coordinar los servicios que recibe.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Su administrador de casos puede ayudarle a solicitar la ALW.

### **Exención de HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)**

#### **Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo**

- Hay dos exenciones 1915(c), la exención HCBS-DD y la exención SDP, que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de cumplir 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su administrador de casos puede ayudarle a conectarse con los servicios de exención por DD.

#### **Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBA)**

La exención HCBA brinda servicios de administración de cuidados a personas en riesgo de ser internadas en hogares de ancianos o instituciones. Los servicios de administración de cuidados son proporcionados por un equipo multidisciplinario de administración de cuidados compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y del plan estatal (como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de cuidados y exención se brindan en la residencia basada en la comunidad del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, estar asegurada mediante un acuerdo de arrendamiento de inquilino o la residencia de un familiar de un participante.

- Los miembros que están inscritos en la exención de HCBA y fueron transferidos a la Atención Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención de HCBA mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de casos puede ayudarle a solicitar la ALW.

#### **Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)**

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en un enfermera registrado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.



- Los objetivos del MCWP son los siguientes: (1) proporcionar servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con VIH que de otro modo podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el manejo de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo de salud social y conductual y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención de MCWP y fueron transferidos a la Atención Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención de MCWP mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la exención de MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de casos puede ayudarle a solicitar la MCWP.

### **Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP)**

- El Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP) proporciona servicios de administración de cuidados médicos y sociales para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Aunque la mayoría de los participantes en el programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, el MSSP se encarga de la administración de casos continua, pone en contacto a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con los proveedores de atención médica y adquiere algunos servicios necesarios que de otro modo no estarían disponibles para evitar o retrasar la hospitalización en un centro. El costo total anual combinado de la administración de cuidados y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención médica en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de la salud y los servicios sociales proporciona a cada participante en el MSSP una evaluación médica y psicosocial completa para determinar los servicios necesarios. Posteriormente, el equipo trabaja con el participante en el MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
  - Administración de cuidados.
  - Atención diurna para adultos.
  - Mantenimiento/reparaciones menores a la vivienda.
  - Tareas domésticas complementarias, cuidado personal y servicios de supervisión de protección.
  - Servicios de relevo.
  - Servicios de transporte.
  - Servicios de asesoramiento y terapéuticos.
  - Servicios de comida.



- o Servicios de comunicaciones.
- Los miembros que están inscritos en la exención de MSSP y fueron transferidos a la Atención Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención de MSSP mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de casos puede ayudarle a solicitar el MSSP.

## **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 pagan por ellos tampoco.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos.

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 las apelaciones, 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 artículos y servicios:

- Servicios considerados “no justificados ni médicamente necesarios”, de acuerdo con las reglas de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos 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** 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.
- Entrega de alimentos a domicilio.
- 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 de una mama 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.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto según se describe en los Servicios de podología en la Tabla de beneficios de la Sección D.
- 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 procedimientos de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de 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 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. En el **Capítulo 6** de su *Manual del Miembro*, se indica lo que usted paga por estos medicamentos. 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.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para 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*.
- Además de la cobertura de Medicare Parte D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 5, “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

### 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.

Debe solicitarle al médico u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo remitió.

Su recetador **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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.

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 (FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Su médico puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

## Tabla de contenidos

A.	Cómo surtir sus recetas médicas.....	139
A1.	Una farmacia de la red le surtirá su receta médica.....	139
A2.	Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando le surtan una receta médica.....	140
A3.	Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red.....	140
A4.	Qué hacer si su farmacia se retira de la red.....	140
A5.	Cómo usar una farmacia especializada.....	141
A6.	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener los medicamentos.....	141
A7.	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	142
A8.	Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	143
A9.	Cómo le reembolsamos una receta médica.....	143
B.	Lista de medicamentos de nuestro plan.....	144
B1.	Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	144
B2.	Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.....	145



B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos.....	145
B4. Costos compartidos de la Lista de medicamentos.....	146
C. Límites para algunos medicamentos.....	147
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	148
D1. Obtener un suministro temporal.....	149
D2. Cómo solicitar un suministro temporal.....	150
D3. Cómo solicitar una excepción.....	150
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	151
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	153
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan.....	153
F2. En un centro de atención a largo plazo.....	153
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	154
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	154
G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos de forma segura.....	154
G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos.....	155
G3. Programa de manejo de medicamentos para el uso seguro de medicamentos con opioides.....	156

## 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 acudir 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 de miembro cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos cobra a nosotros nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagar a la farmacia un copago cuando retira el medicamento recetado.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene la tarjeta de identificación de miembro 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. Puede pedirnos luego que le reembolsemos el dinero de nuestra parte del costo. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros.** Haremos todo lo que podamos para ayudarle.
- 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.

Para encontrar una nueva 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.



## 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 centro de enfermería.
  - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros 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 obtener sus medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/ Salud Indígena Urbana Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, 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"**.

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 pedido e información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Por lo general, una receta médica por correo llega dentro de los siguientes (14) días. Si hay una necesidad urgente o si este pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para obtener ayuda con la recepción de un suministro temporal de su receta.

## 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 le cobre y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice 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, comuníquese 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.

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

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



Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro (31) 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 de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al administrador de casos o 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 de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

## **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 servicio 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 la atención 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 administrador de casos o 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 en lugar de un copago cuando obtenga la receta médica. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

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 una reclamación de “reembolso de gastos de su propio bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://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 médicos 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 Parte D.

La mayoría de los medicamentos recetados que compra en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://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 (BIC) de Medi-Cal cuando surta sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

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. 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 [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). La Lista de medicamentos que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con su administrador de casos o 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 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información.
- Utilice nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) en [Caremark.com](http://Caremark.com) o llame a su administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

## B3. Medicamentos que no están en 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.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Se les llama **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.



Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye a Medicare Parte D) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Medicare 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 FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico 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 aliviar síntomas de resfrío o catarro.\*

Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.

Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.\* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.\*

Medicamentos para pacientes ambulatorios producidos por una compañía que dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

\* Algunos productos pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite la página web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para obtener más información.

## **B4. Costos compartidos de la Lista de medicamentos**

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



Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra Lista de medicamentos.

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

## 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 reglas recomiendan que adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

**Si existe una restricción especial para su medicamento, por lo general, 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 las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*.

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

Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. En la mayoría de los casos, 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 ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted o indica “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.



## 2. Obtención de aprobación previa del plan

En el caso de algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan 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, el plan cubrirá el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia progresiva.

## 4. Límites de cantidades

Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir. Esto se conoce como límite de cantidad. Por ejemplo, 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 reglas 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 nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). 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 reglas 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 temporal 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, ●
  - nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos, ●
  - 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 temporal de su medicamento **durante los primeros (90) días del año calendario.**
    - Este suministro temporal 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 en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
  - Es nuevo en nuestro plan.
    - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros (90) días de su membresía en el plan.**
    - Este suministro temporal 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 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 atención a largo plazo 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 temporal anterior.
  - Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “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.

## D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando usted recibe un suministro temporal 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 para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

◦

- 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, podrán ayudarle a pedirla.

## D3. Solicitar una excepción

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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- 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.

## 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 requiere o no aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia progresiva para un medicamento (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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare), ○



- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran al final de la página para consultar la Lista de medicamentos actual.

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 permanecerá 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 enviaremos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la 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.

**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 los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Agregamos un medicamento genérico **y**
  - reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos, **o**
  - cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

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 médico u otro recetador. Este le podrá ayudar 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**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento o lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

---

### F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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

Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del Miembro*.

### F2. En un centro de atención a largo

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no forma parte de



nuestra red, o si usted necesita más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

### **F3. En un programa de cuidados paliativos 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.

## **G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

---

### **G1. Programas para ayudarle 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 sea, o podría ser, alérgico;
- tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Molina 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

## G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos

Nuestro plan dispone de un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En dicho caso, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si cumple los requisitos del programa, 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 hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

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

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 con su administrador de casos.



### 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 Administración 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 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 le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

**Tendrá la oportunidad de decirnos qué 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 (IRO), 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 condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis,
- recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales, **o**
- vive en un centro de atención a largo plazo.



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

---

### Introducción

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

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

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D. Incluimos 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 por subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), 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”.

**“Ayuda Extra” (Extra Help)** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de “Ayuda Extra” (Extra Help) también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” 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.
    - 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



- o 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 (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://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 (BIC) de Medi-Cal cuando surta las recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Capítulo 5 de su *Manual del Miembro*.
  - o Se le indica cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
  - o Incluye las reglas que usted debe seguir. También se le indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
  - o Cuando utiliza la “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. Puede llamar al administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - o 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.
  - o 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 Explicación de Beneficios (EOB).....	159
B.	Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	160
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	162
	C1. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....	162
	C2. Lo que paga usted .....	162
	C3. Sus opciones de farmacia.....	164
	C4. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	164
	C5. Lo que paga usted.....	164



D. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un mes completo de suministro .....165

E. Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA .....166

E1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP).....166

E2. Si no está inscrito en el ADAP .....167

E3. Si está inscrito en el ADAP .....167

F. Vacunas .....167

F1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna.....167

F2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D.....168

## A. La Explicación de Beneficios (EOB)

---

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

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

Cuando obtenga medicamentos recetados por medio del plan, le enviaremos un informe resumido llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, 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 incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió el mes anterior. 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° de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Se trata del precio total del medicamento y de cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.



- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su recetador para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se 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 (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://www.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 (BIC) de Medi-Cal cuando surta las recetas a través de Medi-Cal Rx para saber qué medicamentos cubre nuestro plan; consulte nuestra Lista de medicamentos.

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

---

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

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

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

### 2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos el reembolso 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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Para obtener más información acerca de cómo solicitar el reembolso del dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *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 propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarle 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 Medicare Parte D por el resto del año.

### 4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Consulte las fechas. ¿Obtuvo los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recetas? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

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.

### ¿Qué pasa si encuentra errores en este informe resumido?

Si algo le resulta confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

### ¿Qué ocurre si hay fraude?

Si este informe resumido muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care.
- O bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Se pueden encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Guarde estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

---

Con nuestro plan, usted no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

Consulte el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro* para 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*.

### C1. 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.

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*.

### C2. Lo que paga usted

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para 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 (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://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 (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

	<b>Una farmacia de la red</b>	<b>El servicio de pedidos por correo de nuestro plan</b>	<b>Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red</b>	<b>Una farmacia fuera de la red</b>
	Suministro de un mes o de hasta 31 días	Suministro de un mes o de hasta 31 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su Manual del Miembro para obtener más detalles.
<b>Medicamentos genéricos (no de marca)</b>	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.
<b>Medicamentos de marca</b>	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/“Ayuda Extra” (Extra Help) para un suministro de 31 días.

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

**C3. 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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*.

#### **C4. 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.

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* de nuestro plan.

#### **C5. 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 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:**

	<p><b>Una farmacia de la red</b></p> <p>Suministro de un mes o de hasta 31 días</p>	<p><b>El servicio de pedidos por correo de nuestro plan</b></p> <p>Suministro de un mes o de hasta 31 días</p>	<p><b>Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red</b></p> <p>Suministro de hasta 31 días</p>	<p><b>Una farmacia fuera de la red</b></p> <p>Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su Manual del Miembro para obtener más detalles.</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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>Medicamentos genéricos (no de marca)</b>	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.
<b>Medicamentos de marca</b>	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.	\$0 con Subsidio por bajos ingresos/"Ayuda Extra" (Extra Help) para un suministro de 31 días.

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

## D. El costo de sus medicamentos si su médico 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su médico 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 médico 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 basa en cuántos días de suministro del medicamento reciba. Calcularemos el monto que pague por día por su medicamento (“tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días de suministro del medicamento recibe.

- Aquí, un ejemplo: Digamos que el copago para 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 menos de \$0.05 por día. Si usted recibe un suministro de un medicamento para 7 días, su pago será 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 funcione para usted antes de que pague el suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete una cantidad menor al suministro mensual de un medicamento para ayudarle con lo siguiente:
  - Planificar mejor cuándo renovar sus medicamentos.
  - Coordinar las renovaciones con otros medicamentos que toma.
  - Ir menos veces a la farmacia.

## **E. Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA**

---

### **E1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)**

El ADAP ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH 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 Office of SIDA del California Department of Public Health para las personas inscritas en el ADAP.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## E2. Si no está inscrito 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](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

## E3. Si está inscrito 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.

## F. Vacunas

---

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

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 **administrarle a usted la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

### F1. 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- 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 Medicare Parte D.

## F2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta 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** de su *Manual del Miembro*.
- 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 Medicare Parte D. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP)** recomienda la vacuna para adultos, no tendrá que pagar por la vacuna.

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

- Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la aplican en una farmacia de la red.
  - Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada • paga un copago por la vacuna
- Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y el médico le aplica la vacuna.
  - Usted no paga nada • paga un copago al médico por la vacuna.
  - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.
  - En este caso, el consultorio del médico debe comunicarse con nuestro plan para asegurarnos de que ellos saben que usted no debe pagar nada • paga un copago por la vacuna.
- Recibe la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
  - Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
  - Para otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada • paga un copago por la vacuna
  - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.



## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

---

### Introducción

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

### Tabla de contenidos

A.	Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	170
B.	Cómo enviar una solicitud de pago.....	173
C.	Decisiones de cobertura.....	174
D.	Apelaciones.....	174



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

---

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por 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.

No permitimos que los proveedores de Molina Medicare Complete Care Plus le facturen a usted los servicios o medicamentos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

**Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla.** Para enviarnos una factura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- 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 pagó por servicios que Medicare cubre, le reembolsaremos su dinero.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para recibir un reembolso (reintegro) si cumple con todas las siguientes condiciones:
  - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Solicita que se le reembolse dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
  - Proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
  - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal de la red del plan. No necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red presten sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- Molina Medicare Complete Care Plus le informará si le reembolsarán en una carta llamada Notificación de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, Molina Medicare Complete Care Plus le reembolsará



el monto total que pagó. Le reembolsaremos dentro de los 45 días hábiles siguientes a la recepción de la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a devolverle el dinero, Molina Medicare Complete Care Plus le devolverá el dinero, pero solo hasta el monto que FFS Medi-Cal pagaría. Molina Medicare Complete Care Plus le reembolsará el monto total que paga de su bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que lo brinden proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.

- No le reembolsaremos en los siguientes casos:
  - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
  - El servicio no es un servicio cubierto por Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que desea que lo atiendan de todos modos y que usted mismo pagará los servicios.
- 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 no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, le podemos ayudar. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura y la 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 la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
  - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

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

- Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por



los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de casos al número que figura al final de esta página si recibe alguna 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.
- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando obtiene los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted no los paga.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor a la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó en exceso, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Lee reembolsaremos por los servicios cubiertos la diferencia entre el monto pagado por usted y el monto que usted debía según el plan.

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

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.

### 4. 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.

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

### 5. Cuando paga el costo total de una receta médica de **Medicare Parte D** porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede solicitarle a la farmacia que nos llame o que Buscar 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 de miembro.



- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

## 6. Cuando paga el costo total de una receta de **Medicare Parte D** 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 médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), 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 médico 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, pagamos nuestra parte del costo.

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 por los servicios de Medicare o llámenos. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su administrador de casos. Debe enviar la información dentro de un (1) año calendario posterior a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

### **Para servicios médicos:**

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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

**C. Decisión 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 haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó • nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado, le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro*, se explican las reglas para obtener los servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*, se detallan las reglas para obtener los medicamentos recetados cubiertos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento, le enviaremos 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.

**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 el monto 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**.
- Para 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](http://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 recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	176
B.	Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos.....	176
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	177
	C1. Cómo protegemos su PHI.....	178
	C2. Su derecho a ver su historia clínica.....	178
D.	Nuestra responsabilidad de brindarle información.....	186
E.	Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	188
F.	Su derecho a abandonar nuestro plan.....	188
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	188
	G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones.....	188
	G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	189
	G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	190
H.	Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	191
	H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.....	191
I.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	191



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

---

Debemos asegurar que reciba **todos** los servicios de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre 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 a su administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de intérprete gratuitos para responder a preguntas en distintos idiomas. Esta llamada es gratuita.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos llame a Servicios para los Miembros o escriba a: Molina Medicare Complete Care Plus 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 o 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.
- Para realizar una solicitud permanente para obtener materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el departamento de Servicios para los Miembros llamando al (855) 665-4627, TTY: 711; 7 días a la semana, de 8: a.m. a 8: p.m., hora local.

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 a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Medi-Cal Civil Rights al 916-440-7370. Usuarios de TTY llamar al 711
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights at 1-800-368-1019. usuarios de TTY llamar al 1-800-537-7697.

## 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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 a su administrador de casos o 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.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o cuidados de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (PA).
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** 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)

---



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Protegemos su 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.

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

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 arcVlHo. 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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corriamos sus registros médicos. 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 PHI con otras personas y de qué manera.

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

## Su privacidad

### Estimado 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.

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

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

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

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

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

### ¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

### ¿Cómo protege Molina su PHI?

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

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

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

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

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

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

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

**Lo que precede es sólo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este manual del miembro. Está en nuestro sitio web en [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com). También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las normas de privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 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.**



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

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

Molina Healthcare of California Inc. (“**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 este aviso. La fecha efectiva de este aviso es el 23 de septiembre del 2013.

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

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

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

### Para tratamientos

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

### Para pagos

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

### Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.



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);
- realizar o facilitar revisiones médicas;
- servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento;
- acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- satisfacer las necesidades de los Miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

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

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

Además del tratamiento, pago y funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines que incluyen lo siguiente:

#### **Requisitos legales**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

#### **Salud Pública**

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

#### **Supervisión de la atención médica**

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

#### **Investigación**

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

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



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

### **Cumplimiento de la ley**

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

### **Salud y seguridad**

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

### **Funciones gubernamentales**

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

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

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

### **Indemnización al trabajador**

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

### **Divulgación con otros fines**

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

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

### **¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**  
Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.



- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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

- **Revisión y copia de su PHI**

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

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

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

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

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



Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (855) 665-4627, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 5 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 Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede realizar una queja de las siguientes maneras:

Por teléfono:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina (855) 665-4627

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of California, Inc.

Attention: Manager of Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Puede presentar una queja a la secretaria del U.S. Department of Health and Human Services 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 (TDD);

(202) 619-3818 (FAX)

### **¿Cuáles son las obligaciones de Molina?**

Molina debe hacer lo siguiente:

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



**Este Aviso está sujeto a cambios**

**Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si hacemos algún cambio en el material, Molina publicará el Aviso revisado en nuestra página web y enviará el Aviso revisado o información sobre el cambio del material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestro próximo correo anual a nuestros miembros cubiertos por Molina.**

**Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina

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

Por escrito:

Molina Healthcare of California, Inc.

Attention: Manager of Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at (855) 665-4627, TTY 711, 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m., local time. 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 solicitar un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos brindarle materiales escritos o información en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo tailandés, ucraniano, vietnamita. 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 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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
- Los servicios y medicamentos cubiertos incluyen:
  - 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 médicos, 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 Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual del Miembro*:
  - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan MA 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 médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle 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 todas las 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 consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga no.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. 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 si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

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 es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711 para utilizar el Servicio de retransmisión de California.

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

- Completar un formulario por escrito para **otorgar a una persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre.**
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo administrar su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones, incluida la atención que **no** desea recibir.

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

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 médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para



Miembros para pedir el formulario.

- **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, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. 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 no más de 90 días después del cambio.

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 médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Programa de Mediador al 1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. TTY: 1-855-847-7914. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Escriba a la siguiente dirección:

**Department of Health Care Services**

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

Sitio web: <http://calduals.org/background/cci/arcVIHe/policy/cal-mediconnect-ombudsman/>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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.
- Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP) al (714) 560-0424. Para obtener más detalles acerca del HICAP, consulte el Capítulo 2.
  - Condado de Los Angeles: (213) 383-4519
  - Condado de San Diego: (858) 565-8772
  - Condado de Imperial: (760) 353- 0223
  - Condados de Riverside y San Bernardino: (909) 256-8369
- Programa Mediador, al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, 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 deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del Miembro*. Esos capítulos le indican a usted lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica 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 médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
  - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que 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 médico, hospitales y en los consultorios de 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:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B de Medicare.
  - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros.



- o **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.
  - o Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - o 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.
  - o **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.
- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o si hay una mejor forma de comunicarse con usted.
  - **Llame a su administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda:**



## Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### 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 (CBAS) y los servicios de Centros de enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle 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 soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene un problema con la atención, puede llamar al Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 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 de Mediador 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.....	196
	A1. Información acerca de los términos legales .....	196
B.	Cómo recibir ayuda.....	197
	B1. Para obtener más información y asistencia.....	197
C.	Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan.....	198



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

D. Problemas relacionados con sus beneficios .....199

E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....199

    E1. Decisiones de cobertura.....199

    E2. Apelaciones .....200

    E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura ..... 201

    E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle .....202

F. Atención médica.....202

    F1. Utilizar esta sección.....202

    F2. Solicitar una decisión de cobertura.....203

    F3. Presentar una Apelación de Nivel 1.....205

    F4. Presentar una Apelación de Nivel 2..... 208

    F5. Problemas de pago .....215

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D .....216

    G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D .....216

    G2. Excepciones de la Parte D.....218

    G3. Puntos importantes para tener en cuenta a la hora de solicitar una excepción ..... 219

    G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....220

    G5. Presentar una Apelación de Nivel 1.....222

    G6. Presentar una Apelación de Nivel 2.....225

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo.....227

    H1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare.....227

    H2. Presentar una Apelación de Nivel 1.....228

    H3. Presentar una Apelación de Nivel 2.....230

    H4. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1 .....231

    H5. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2 .....232

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos.....233



11. Aviso previo antes de que finalice su cobertura .....	233
12. Presentar una Apelación de Nivel 1.....	234
13. Presentar una Apelación de Nivel 2.....	236
14. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1.....	237
15. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 2 .....	237
J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	238
J1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare .....	238
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	240
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	240
K. Cómo presentar una queja.....	241
K1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas.....	241
K2. Quejas internas .....	243
K3. Quejas externas.....	244

## 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” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE) 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 (HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle 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 del Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa de Mediador no está relacionado 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](http://www.healthconsumer.org).

#### Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia, puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877- 486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

#### Ayuda e información de Medi-Cal

Llame: (916) 449-5000, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.  
TTY: 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

### **Ayuda del California Department of Health Care Services**

El mediador de atención médica administrada de Medi-Cal del California Department of Health Care Services (DHCS) puede ayudarle. Pueden ayudarle 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 California Department of Managed Health Care**

Comuníquese con el California 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 que son sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov).

El California Department of Managed Health Care de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de salud. Si tiene alguna queja formal contra el plan de salud, en primer lugar, debe llamar al **(855) 665-4627 TTY: 711** y utilizar el proceso de reclamos del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva o del habla. La página web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) tiene formularios para quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## **C. Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan**

---

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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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 siguiente cuadro le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

<b>¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?</b>	
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.	
<b>Sí.</b> Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.  Consulte la <b>Sección E:</b> “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	<b>No.</b> Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.  Consulte la <b>Sección K:</b> “Cómo presentar una queja”.

## 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. Decisión 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. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura que lo favorece siempre que usted recibe atención médica de ellos (consulte el Capítulo 4, Sección H de su *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.**



Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. 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 reglas 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 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 Department of Managed Health Care en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Consulte la página 204 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 **negativa** a parte o a todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare o de medicamentos de la Parte B, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de 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** a los números que figuran al final de la página.
- **Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Centro de ayuda del 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 que son sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede 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 al Programa de Mediador de Medicare Medi-Cal 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



## E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

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 hospitalización por más tiempo”
- **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 [CORF]).

Si no está seguro 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 reembolso por su atención.

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 artículos médicos y servicios, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B que son administrados por su médico o profesional de la salud. Pueden aplicarse diferentes reglas a un medicamento recetado de Medicare Parte B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de Parte B de las reglas 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 médico 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 pagar. 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 reembolsemos 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.  
**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.
  - Se aplican reglas especiales si la cobertura es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o 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.
6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.  
**Lo que puede hacer:** Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

## 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 médico u su representante pueden comunicarse de la siguiente manera:

- Llame al: (855) 665-4627 TTY: 711.
- Fax: (844) 834-2155.
- Escriba a: Attn: Medicare Member Services, 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

### 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:

- Servicio o elemento médico en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Para los planes Knox-Keene, en un plazo de 5 días hábiles y a más tardar 14 días calendario después de recibir 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud.

## 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 calendario después de recibir su solicitud.
- Medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud, o antes si su estado de salud requiere una respuesta más rápida.

Si considera que **no** debemos extender el plazo para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. 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.
- 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 médico 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 médico 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 médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámelos al (855) 665-4627, TTY:711 .

**Solicite una “apelación estándar” o una “apelación rápida”** por escrito o llámenos al (855) 665-4627 TTY:711.

- Si su médico u otro recetador solicitan que se continúe un servicio o artículo 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 médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario para Nombramiento de 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://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 calendario 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 que se revise nuestra decisión de desestimar su apelación.



Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** 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 médico 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 médico 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 médico nos informa que su estado de salud lo requiere, le otorgaremos una apelación rápida.

### Si le comunicamos que detendremos o reduciremos servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o artículo 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.
  - Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario 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 artículo sin cambios mientras esté pendiente su Apelación de Nivel 1.
  - También podrá recibir todos los otros servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo 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 reglas 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. A continuación, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. *Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial Estatal en cuanto se venza el plazo. En California, una audiencia estatal se llama División de Audiencias Estatales. Para presentar una audiencia estatal, consulte la página 213.*
- **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 calendario** 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 calendario** 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. A continuación, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. *Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial Estatal en cuanto se venza el plazo. En California, una audiencia estatal se llama División de Audiencias Estatales. Para presentar una audiencia estatal, consulte la página 213.*



**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 calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como lo requiera su afección médica y dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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.

#### **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, Medi-Cal, o ambos programas, suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo 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 artículo 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, artículo 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 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 calendario después de recibir la carta con la decisión.

### Cuando su problema se trata de un servicio o artículo 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, en ocasiones, se denomina “**IRE**”.

- 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 “arcVIHo del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su arcVIHo 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 su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.



## 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 calendario** 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 calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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 calendario** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes estándares**.
  - 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 artículo que Medi-Cal suele cubrir:**

*Hay dos formas de hacer una Apelación de Nivel 2 para artículos y servicios de Medi-Cal: (1) Presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia Estatal*

#### **(1) Revisión Médica Independiente**

Puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Centro de Ayuda del California Department of Managed Health Care (DMHC). Al presentar un reclamo, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR se encuentra disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión del caso por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan ni son parte del DMHC. Si la IMR lo favorece, debemos prestarle el artículo o servicio que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Rechaza, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal debido a que nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubre un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección 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 servicios de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas para una apelación rápida.



**NOTA:** Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario para Nombramiento del Representante, tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de que pueda presentar una IMR de Nivel 2 al Department of Managed Health Care.

Usted tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia Estatal, pero no puede hacerlo si ya ha tenido una Audiencia Estatal por la misma cuestión.

En la mayoría de casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 205 para obtener información sobre el 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/Revisión Médica Independiente disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si los tiene, anexe copias de cartas u otros documentos acerca del artículo o los servicios que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Si alguien lo está ayudando con su IMR, complete el Formulario de Asistente Autorizado. Puede obtener el formulario en [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://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 dentro de 7 días calendario diciéndole que usted califica para una IMR. Después de que se recibe su solicitud y los documentos de apoyo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de 30 días calendario. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 45 días calendario desde la presentación de su solicitud completada.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 2 días calendario diciéndole que usted califica para una IMR. Después de que se recibe su solicitud y los documentos de apoyo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará dentro de 3 días calendario. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 7 días calendario 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 llevar más tiempo si el DMHC no recibe todas las historias clínicas necesarios de usted o de su médico tratante. Si se atiende con un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que consiga y nos envíe sus historias clínicas de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de su historia clínica de los médicos que forman parte de 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 calendario desde la presentación de su solicitud completada. Si su reclamo es urgente, se resolverá más pronto.

## **(2) Audiencia Estatal**

Puede solicitar una Audiencia Estatal para artículos y servicios cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que nosotros no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene, y rechazamos su Apelación de Nivel 1, usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que el aviso de “Sus Derechos de Audiencia” le sea enviado por correo.

**NOTA:** Si solicita una Audiencia Estatal porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras su Audiencia Estatal está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 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 California Department of Social Services 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.

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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura. 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 artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las reglas para obtener artículos o servicios.

Para 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 artículo que pagó corresponde a un servicio o artículo cubierto y si cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, 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 artículo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- Si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo 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 calendario 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 calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- 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 le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede 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 artículo, 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 la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre y que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D” cada vez.

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 (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 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 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 debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

**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 comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos 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.

<b>¿En qué situación se encuentra?</b>			
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.	Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriríamos ni pagaríamos un medicamento de la forma que usted desea.
<b>Puede solicitarnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).	<b>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</b>	<b>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).	<b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la <b>Sección G2</b> ; luego, consulte las <b>Secciones G3 y G4</b>	Consulte la <b>Sección G4</b> .	Consulte la <b>Sección G4</b> .	Consulte la <b>Sección G5</b>



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## G2. Excepciones de la Parte D

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos una solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico 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 médico u otro recetador pueden solicitarnos:

### 1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos.

- No puede obtener una excepción del monto de copago requerido para el medicamento.

### 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas 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.
  - 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 cantidades. 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 categoría”**.

- 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 el medicamento que está tomando es un medicamento biológico, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas del producto biológico para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- 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 médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas.**

Su médico 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 nos solicita una excepción de categoría, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas



de costos compartidos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

### Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si 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

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiera llamando al (855) 665-4627, escribiéndonos o enviándonos 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 acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. 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 médico 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 usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro recetador para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También 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”.

Usamos las “fechas límite estándares” a menos que acordemos usar las “fechas límite rápidas”.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- 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 médico.
- 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 médico.

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.
  - Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos las fechas límite estándares.

Si su médico 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 médico 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**.

### Plazos 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 médico. 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. 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 médico.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. 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 respondemos dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. 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 médico 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 calendario después de haber recibido su solicitud.
- 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 calendario.
- **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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Inicie su **apelación estándar** o **rápida** llamando al (855) 665-4627, escribiéndonos o enviándonos 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 calendario** 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 médico 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 médico 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** para 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 reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

### 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.
- Le informamos de nuestra respuesta antes 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. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.



- o 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.
- o 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 calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le informamos de nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su afección lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida
  - o Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, 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.
  - o Si la respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella:
  - o Debemos **proveer la cobertura** que acordamos con la mayor brevedad según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días calendarios** desde la recepción de su apelación.
  - o Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si la 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 calendario** después de recibir su apelación.
  - o Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, 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 calendario 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 indicamos cómo puede presentar una apelación.



## 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 médico 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 denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su arcVIHo del caso.**
- 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 calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el pago de un medicamento que compró.

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 calendario 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 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.



## H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo

---

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. 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 médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También le ayudan a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si 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 siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le dará a usted un aviso denominado **“Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital.

Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **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.



- **Firme 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 médico o el personal del hospital le puedan decir.
- **Mantenga su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.

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](http://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 médicos 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 es Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California). Llámenos al (855) 887-6668 TTY:711. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

**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 Calidad no escucha su solicitud de continuar su internación en el hospital, o si usted considera que su situación es urgente, también puede presentarle un reclamo o solicitarle al California Department of Managed Health Care (DMHC) de California una Revisión Médica Independiente. Consulte la Sección F4 en la página 208 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 médico 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 médico, 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

El término legal de 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 deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultarlo en línea si ingresa a [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/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 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. Llámales al (877) 588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad haya dado una respuesta **negativa** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad realizarán lo siguiente:

- Volver a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- Informar su decisión sobre la Apelación del Nivel 2 dentro de los 14 días calendario 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 los costos 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.
- 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 E4 en la página 202 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 reglas.
- 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 tiene que estar en el hospital después de la fecha de alta.
- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.
- 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.

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.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada si continuó en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las reglas. 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 es necesario que haga nada.

Si considera que no cumplimos con esta fecha límite, u otra fecha límite, usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** 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:

- 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 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 un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección F4 en la página 208 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 médico dice que usted los necesita.

Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted **antes** de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por 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 los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe respetar los plazos. 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) a 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.

### Su plazo para contactar a 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 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 Calidad no escucha su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o usted considera que su situación es urgente o implica una amenaza severa e inmediata para su salud, o si tiene un dolor severo, puede presentar un reclamo y solicitarle una Revisión Médica Independiente al California Department of Managed Health Care (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 208 si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

El término legal para el aviso escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Si desea obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página 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 deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

### Qué sucede durante 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 es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico 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.
- 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. Llame a la ORS al (877) 588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad haya dado una respuesta **negativa** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

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 calendario 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 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 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 208 para obtener información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. 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.



## 14. Presentar una Apelación Alternativa del Nivel 1

Como se explica en la **Sección 12**, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización de Mejoramiento de 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 las reglas 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.
- Le proporcionaremos servicios cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.
- 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 reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa de manera automática al proceso de Apelación del Nivel 2.

## 15. 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 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Si considera que no cumplimos con esta fecha límite, u otra fecha límite, usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** 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:

- 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 208 para obtener información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente además de, o en vez de, una Apelación de Nivel 3.

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 artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación del Nivel 1 y una Apelación del Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.



Si el valor en dólares del servicio o artículo 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 de 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 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 decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.
- 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 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 calendario 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 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 final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

## J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos 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.

## 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 (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.
- 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 final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

## K. Cómo presentar una queja

---

### K1. Qué tipo 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.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Queja	Por ejemplo:
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.</li> </ul>
<b>Conductas irrespetuosas, serviciodeficientealclienteu otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.</li> <li>• Nuestro personal lo trató mal.</li> <li>• Cree que está siendo presionado para salir de nuestro plan.</li> </ul>
<b>Accesibilidad y asistencia lingüística</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.</li> <li>• Su médico 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).</li> <li>• Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene problemas para concertar una cita o tuvo que esperar demasiado para conseguirla.</li> <li>• Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.</li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.</li> </ul>
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.</li> <li>• Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.</li> </ul>



<b>Cronología relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cree que no cumplimos nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.</li> <li>• 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.</li> <li>• Cree que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.</li> </ul>
---	---

**Hay diferentes tipos de quejas.** Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 665-4627 TTY:711.

El término legal para una “queja” es un **“reclamo.”**

El término legal para “hacer una queja” es **“presentar una queja”.**

## K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627 TTY:711. 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 calendario** 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.
- Las quejas solo pueden resolverse oralmente en casos que no impliquen una disputa de cobertura, un servicio de atención médica en disputa que involucre una necesidad médica o un tratamiento experimental/de investigación y que se resuelven al cierre de operaciones del día siguiente. Todas las demás quejas, orales o escritas, deben reconocerse y responderse por escrito. Puede comunicarse con nosotros llamando al (800) 665-0898, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local; o escribiarnos a Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

### El término legal de “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 calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimados 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 presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver 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 queja de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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 California Department of Health Care Services llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.**



Puede presentar una queja en el *California Department of Managed Health Care (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 calendario.

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.
- Consulte la página web del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care) ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### Office for Civil Rights

Puede presentar una queja en la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services 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 Office for Civil Rights es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede contactarse con la Office for Civil Rights a:

(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 bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y bajo la ley estatal. 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 es Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California). El número de teléfono es el (877) 588-1123.



**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](http://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.....	248
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan .....	249
C.	Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	250
	C1. Sus servicios de Medicare .....	250
	C2. Sus servicios de Medi-Cal.....	252
D.	Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan.....	253
E.	Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan termina.....	253
F.	Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud.....	254
G.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	254
H.	Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan.....	254



## A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

---

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados períodos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres períodos especiales de inscripción, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período 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 (MA)**, que es del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, 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, o
- si recientemente se mudó a un centro de enfermería 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 y las opciones de Medi-Cal en la **Sección C**

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a: Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.

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



- 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/](http://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 1-800-430-7077.
- 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](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

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

## B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

---

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- 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 auditivas 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 tabla de la página 250 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.
- Llame a 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.
- 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.



## C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

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.

<p><b>1. Usted puede cambiarse al siguiente plan:</b></p> <p><b>Otro plan de salud de Medicare</b> incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></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>
---	---



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**2. Usted puede cambiarse al siguiente plan:**

**Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado**

**Esto es lo que tiene que hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711. [Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite \[www.aging.ca.gov/HICAP/\]\(http://www.aging.ca.gov/HICAP/\).](#)

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.

Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.



<p><b>3. Usted puede cambiarse al siguiente plan:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al 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 para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llame al Programa 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 para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.</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 Medicare Original 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](http://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.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- 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. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de 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 Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califiquen tanto para Medicare como para Medi-Cal.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un 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.
  - Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo obtener atención a través de nuestros beneficios para visitantes o viajeros cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.



- o En función de eso, los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
- o 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 de miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare solicite al inspector general que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

## F. Reglas en contra hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada 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 deben 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.

## H. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

---

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de esta 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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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.....	256
B.	Aviso de no discriminación.....	256
C.	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso.....	257
D.	Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal.....	257



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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 leyes principales que se aplican a este manual son 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

---

No discriminamos ni le tratamos de manera diferente por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. 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 a la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Llame a la Office for Civil Rights del Department of Health Care Services al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). 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 o escriba a Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801.

Si su queja está relacionada con la discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Office of Civil Right del Department of Health Care Services 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:

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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

## **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.

## **D. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal**

---

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye tarifas por servicio y primas de atención administrada/pagos de capitación por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro estaba internado en un centro de enfermería o recibía servicios basados en el hogar y la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Department of Health Care Services en [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) o llame al 916-650-0590.



**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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 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 diaria (ADL):** lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Juez de derecho administrativo:** un juez que revisa una apelación de nivel 3.

**Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP):** programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida.

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

**Apelación:** una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

**Salud Conductual:** un término que incluye todo relacionado con servicios para trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

**Medicamento de marca registrada:** un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente están hechos por otras compañías farmacéuticas.

**Plan de atención:** consulte “Plan de atención individualizado”.

**Servicios Opcionales del Plan de Atención (Servicios CPO):** servicios adicionales que son opcionales dentro del Plan de Atención Personalizada (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y la atención a largo plazo que está autorizado a recibir dentro de Medi-Cal.

**Equipo de atención:** consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.



**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.

**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.

**Servicios comunitarios para adultos (CBAS):** programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y terapia del habla, cuidado personal, apoyo y formación de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplen los requisitos de elegibilidad aplicables.

**Queja:** una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

**Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF):** un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

**Copago:** un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe un servicio o suministro. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

**Costos compartidos:** montos que tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos.

**Categoría de costos compartidos:** Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos) está en una categoría de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento.

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre cuáles beneficios 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 a largo, los suministros, los medicamentos recetados y los de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

**Entrenamiento de competencia cultural:** capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

**Tasa diaria de costo compartido:** una “tasa diaria de costo compartido” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y debe abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes.

Por ejemplo: Digamos que el copago para 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 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.

**Department of Health Care Services (DHCS):** el Departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

**Department of Managed Health Care (DMHC):** el departamento del estado de California que es 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:** el proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

**Programa de administración de medicamentos (DMP):** un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

**Categorías de medicamento:** grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos se incluye en un nivel.

**Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP):** plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



**Equipo médico duradero (DME):** algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, 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 una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

**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.

**Servicios excluidos:** servicios que este plan de salud no cubre.

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

**Medicamento genérico:** un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca registrada.

**Quejas:** un reclamo que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su cuidado o la calidad del servicio proporcionados por su plan de salud.

**Programa de Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP):** un programa que ofrece asesoramiento e información gratuita y objetiva acerca de Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con los HICAP.

**Plan de salud:** una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención: que le 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 (HRA):** 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:** una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

**Centro de cuidado paliativo:** un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un diagnóstico terminal significa que una persona ha sido certificado médicamente como una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.

Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidado paliativo disponibles en su área.

**Facturación inapropiada:** una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que nuestro costo compartido. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

-Como miembro del plan, solo paga el costo compartido del plan cuando obtiene los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad.

-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.

**Servicios de apoyo en el hogar (IHSS):** El programa de IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. IHSS es una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o cuidado y alojamiento. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para la persona con una discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran IHSS.



**Revisión Médica Independiente (IMR):** si denegamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluyendo suministros y medicamentos DME, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión del caso por parte de médicos que no pertenecen a nuestro plan. Si la IMR se decide en su favor, tendremos que prestarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

**Organización de Revisión Independiente (IRO):** una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de revisión independiente.

**Asociación de Profesionales Independientes (IPA):** una IPA es una compañía contratada por Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) que organiza un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud para asistir a los miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). 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 Atención Personalizada (ICP o Plan de Atención):** un plan de atención incluye su principal preocupación de salud, objetivos, necesidades y servicios que pueda necesitar. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo.

**Paciente internado:** 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 hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

**Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o equipo de atención):** un equipo de atención incluye a su médico de atención primaria, administrador de casos, puede incluir otros proveedores de atención especializada, cuidador u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también ayuda a crear o actualizar su plan de atención.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos con receta médica y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama "formulario".



**Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS):** los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para ancianos o un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios comunitarios, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

**Subsidio por ingresos bajos (LIS):** consulte “Ayuda extra” (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 de medicamentos 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 Medi-Cal.

**Planes de Medi-Cal:** planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y asistencia a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son separados.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid del estado de California.

**Médicamente 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 reglas de cobertura actuales de Medicare o Medi-Cal.

**Medicare:** el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original 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 a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo):** un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

**Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP):** programa estructurado de cambio de comportamiento que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

**Afiliado a Medicare y Medi-Cal:** una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

**Medicare Parte A:** El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidados paliativos.

**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 MA.

**Medicare Parte D:** el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Parte D cubre medicamentos recetado, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

**Medicamentos de Medicare Parte D:** medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.



**Administración de la terapia con medicamentos (MTM):** 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 es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y por el estado.

**Manual del Miembro y divulgación de información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Departamento de Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro* para obtener más información del Departamento de Servicios para Miembros.

**Farmacia de la red:** una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque 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 usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con 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 de enfermería:** un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Mediador:** una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratis. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual del Miembro*.



**Determinación de la 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.

**Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro-por-servicio):** el gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. 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, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3 de su *Manual del Miembro*, se explican los centros o proveedores fuera de la red.

**Gastos de su bolsillo:** el requisito de costos compartidos en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de costo de “gastos de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” anterior.**Medicamentos de venta libre (OTC):** los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

**Parte A:** consulte “Medicare Parte A”.

**Parte B:** consulte “Medicare Parte B”.

**Parte C:** consulte “Medicare Parte C”.

**Parte D:** consulte “Medicare Parte D”.

**Medicamentos de la Parte D:** consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.



**Información médica personal (también llamada información médica protegida [PHI]):**

información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico 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 atención primaria (PCP):** el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le deriva a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de cómo recibir servicios de proveedores de cuidados primarios.

**Autorización previa (PA):** una solicitud de servicio que su PCP envía con el fin de obtener la aprobación o la autorización de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para que reciba un servicio o un medicamento específico, o bien para que consulte un proveedor fuera de la red. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) puede no cubrir el servicio o medicamento si no cuenta con la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- 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 una PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

**Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE):** un programa que cubre beneficios Medicare y Medicaid en conjunto para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de atención superior para vivir en casa.

**Elementos protésicos y ortóticos:** dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.



**Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO):** un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El Gobierno federal 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 cantidades:** un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

**Real Time Benefit Tool (Herramienta de beneficios en tiempo real):** un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Remisión:** una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación 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 recurrir algunos especialistas, como los especialistas 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 usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre servicios de rehabilitación.

**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, STI), 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 servicio:** un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según dónde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente, es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

**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 (SNF):** un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.



**Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF):** servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

**Especialista:** un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

**Farmacia especializada:** consulte el Capítulo 5 de su Manual del Miembro para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

**Audiencia Estatal:** si su médico 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 le exige a usted que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

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

**Atención requerida urgentemente:** 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)

<b>LLAME AL</b>	<p>(855) 665-4627. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 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.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>TTY:711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
<b>FAX</b>	<p><b>Para servicios médicos:</b></p> <p>Attn: Medicare Member Services Fax: (310) 507-6186</p> <p>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p><b>Para servicios médicos:</b> 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p><b>Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):</b> Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a></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](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



## Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

### **English:**

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### **Spanish:**

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

### **Chinese Mandarin:**

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

### **Chinese Cantonese:**

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-855-665-4627 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### **Tagalog:**

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

### **Vietnamese:**

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810\_24\_50\_CASNPStateMLI\_C016

**Korean:**

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

**Russian:**

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-665-4627. ويمكن لشخص يتحدث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

**Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Japanese:**

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Armenian:**

Մենք ունենք անվճար քարզանհնչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

**Cambodian:**

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទៃទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយយើងឱ្យប្រទេសនិងសំណួរនានា ដល់អ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ផ្ទៃទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

H5810\_24\_50\_CASNPStateMLI\_C016

**Persian (Farsi):**  
يا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

**Hmong:**

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627.Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

**Mien:**

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

**Punjabi:**

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Thai:**

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian:**

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810\_24\_50\_CASNPStateMLI\_C016

**French:**

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.





