



Molina Dual Options

Medicare-Medicaid Plan

2021 | Manual del Miembro

Illinois H8046-001

Sirviendo a los condados de Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, DeKalb, De Witt, Douglas, DuPage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette, Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, Lake, La Salle, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, McDonough, McHenry, McLean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, St. Clair, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago, y Woodford

Manual del miembro de Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

01/01/2021 – 12/31/2021

Su cobertura médica y de medicamentos bajo el Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

Introducción al Manual del Miembro

Este manual le informa acerca de su cobertura durante el tiempo que esté inscrito con Molina Dual Options hasta el 12/31/2021. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los apoyos y servicios a largo plazo incluyen atención a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS, home and community-based services). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

Molina Healthcare of Illinois ofrece este plan llamado Molina Dual Options. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se está haciendo referencia a Molina Healthcare of Illinois. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 901-8181, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. local time. This call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia del idioma, sin costo, están disponibles para usted. Llame al (877) 901-8181, servicio TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande. Llame al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta 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 para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente. Para cambiar permanentemente su idioma preferido, comuníquese con el Estado al (800) 843-6154, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora local para actualizar su registro con el idioma preferido.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



2021 Molina Dual Options

Tabla de contenidos

Capítulo 1.	Inicio como miembro	4
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes	12
Capítulo 3.	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos	25
Capítulo 4.	Tabla de beneficios	43
Capítulo 5.	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	93
Capítulo 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid	110
Capítulo 7.	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos	116
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	120
Capítulo 9.	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	137
Capítulo 10.	Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid	183
Capítulo 11.	Avisos legales	190
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes	194



Exenciones de responsabilidad

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



Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a Molina Dual Options	5
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	5
B1. Medicare	5
B2. Medicaid	5
C. Ventajas de este plan	6
D. Área de servicio de Molina Dual Options	6
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	7
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	7
G. Su plan de cuidado	8
H. Prima mensual del plan Molina Dual Options	8
I. El <i>Manual del Miembro</i>	8
J. Otra información que obtendrá de nosotros	8
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options	9
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	9
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	10
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	10
K. Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado	11
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	11

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



A. Bienvenido a Molina Dual Options

Molina Dual Options es un Medicare-Medicaid Plan. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados y grupos de cuidados, quienes lo ayudan a usted a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Dual Options fue aprobado por el estado de Illinois y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle los servicios como parte de la iniciativa de alineación de Medicare y Medicaid.

La iniciativa de alineación de Medicare y Medicaid es un programa de demostración conjuntamente operado por Illinois y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. En esta demostración, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

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

El Dr. C. David Molina fundó nuestra compañía hace más de 35 años. Como médico de sala de emergencias, él creía que todos debían recibir atención médica de alta calidad. Hoy en día, nuestra misión es la misma. Tratar a cada miembro como si fuese familia.

Bienvenido a Molina Healthcare. Está en familia.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

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

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos y

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- el costo de los servicios.

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

Medicare e Illinois deben aprobar Molina Dual Options cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- Nosotros decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Illinois aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

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

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

D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Condados de Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, DeKalb, De Witt, Douglas, DuPage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, Lake, La Salle, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, McDonough, McHenry, McLean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, St. Clair, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago, y Woodford.

Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Molina Dual Options.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información acerca de los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

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

Usted es elegible para nuestro plan si cumple con las siguientes condiciones:

- vive en nuestra área de servicio **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B **y**
- es elegible para Medicaid **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos **y**
- tiene 21 años o más al momento de la inscripción **y**
- está inscrito en la ayuda de Medicaid para el grupo de asistencia a ancianos, ciegos y discapacitados **y**
- si cumple con todos los otros criterios de demostración y está en uno de los siguientes programas de exención 1915(c) de Medicaid:
 - Personas mayores
 - Personas con discapacidades
 - Personas con VIH/SIDA
 - Personas con lesión cerebral
 - Personas que residen en centros de vida asistida

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

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, obtendrá una evaluación de riesgos de la salud dentro de los primeros 90 días.

Las Evaluaciones de Riesgos de la Salud (HRA) las lleva a cabo un miembro calificado y entrenado del personal del Departamento de Servicios Médicos (HCS) sobre la base de los requisitos normativos.

Si esta es su primera vez en un Plan Medicare-Medicaid, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 180 días. **Si se cambió a Molina Dual Options de un Plan Medicare-Medicaid diferente**, puede seguir consultando a sus actuales médicos durante 90 días. Después de ese punto,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



puede seguir viendo a los médicos a los que va ahora siempre que estén en la red de proveedores de Molina.

Los miembros nuevos pueden mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio que poseen al momento de la inscripción por hasta 180 días. Luego, tendrá que consultar con médicos y otros proveedores de la red de Molina Dual Options. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es el plan sobre los servicios sociales, funcionales y médicos, así también como conductuales y de apoyo a largo plazo que obtendrá, y cómo los obtendrá.

Después de su evaluación de riesgos de la salud, su equipo de atención médica se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que usted necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención médica harán un plan de cuidados.

Cada año, su equipo de atención médica trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados si cambian los servicios que necesita y desea.

Si usted recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en este momento, también tendrá un plan de servicio. El plan de servicio enumera los servicios que obtendrá y con qué frecuencia los obtendrá. Este plan de servicio pasará a formar parte de su plan de cuidados general.

H. Prima mensual del plan Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del Miembro*

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

Puede solicitarnos un *Manual del Miembro* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m., hora local. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 01/01/2021 y el 12/31/2021.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro del Molina Dual Options, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo servicios a largo plazo y apoyos, y las recetas médicas. Deberá mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Este es un ejemplo de tarjeta para que vea cómo será la suya:

	
Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan Member Name: <MemFIRST><MemMI><MemLAST> Member ID: <HIC#> Health Plan (80840): <ISSUID> Medicaid ID: <MemID> Effective Date: <EFFDAT> PCP: <PCPNAM> PCP Tel: <PCPPHN> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 <H8046-001>	
MedicareRx Prescription Drug Coverage	Medicaid ID: <RXBIN> RxPCN: <RXPCN> RxGRP: <RXGroup> RxID: <HIC#> MedicareRx Prescription Drug Coverage
MyMolina.com	

In Case of An Emergency: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP) or you may also contact our 24-Hour Nurse Advice Line at (888) 275-8750.

Member Services: <MS No>
Behavioral Health: <(888) 275-8750> or TTY: <711>
Pharmacy Help Desk: <(877) 901-8181>
Claim Inquiry: <(877) 901-8181>
Transportation: <(844) 644-6353>
Submit Claims To:
Medical/Hospital:
 PO Box 540, Long Beach, CA 90801, please call Member Services (see above).
EDI Submission: Payer ID <20934>

MolinaHealthcare.com/Duals

Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medicaid para obtener 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 del Molina Dual Options, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Vea el Capítulo 7 para ver qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Molina Dual Options. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (vea la página 7).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestros proveedores de la red.

Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores de la Red de Molina Dual Options incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Los proveedores de la red también incluyen clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
- Agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medicaid.

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

Definición de farmacias dentro de la red

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

Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181 (TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para obtener más información. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web de Molina Dual Options pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a una copia de la Lista de Medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

J4. La Explicación de Beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. En el

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También está disponible una EOB cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

K. Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado

Usted puede mantener actualizado su perfil como afiliado comunicándonos cualquier cambio en su información.

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

Háganos saber lo siguiente:

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

Si cambia su información, háganos saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su perfil de afiliado puede incluir información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes requieren que mantengamos confidencial su historia clínica y su PHI. Nos aseguramos de que su información de atención médica esté protegida. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el capítulo 8.



Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options	13
A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros	13
B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados	16
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado	16
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	17
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	17
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual	17
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual	18
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP)	18
E1. Cuándo contactar a SHIP	18
F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)	19
F1. Cuándo contactar a Livanta	19
G. Cómo comunicarse con Medicare	20
H. Cómo comunicarse con Medicaid	21
I. Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois	21
J. Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois	22
K. Otros recursos	23



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

LLAME AL	(877) 901-8181. Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local
FAX	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Fax: (844) 834-2155 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA	Para el Departamento de Servicios para Miembros: 1520 Kensington Road, Suite 212 Oakbrook, IL 60523 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor, incluyendo un proveedor fuera de la red o de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación. *(Consulte la sección anterior).*
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y los medicamentos cubiertos, o
 - La suma que pagaremos por los medicamentos.
 - Esto aplica a sus medicamentos Parte D, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
 - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

El símbolo (*) junto a un medicamento quiere decir que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D” o es un artículo de OTC cubierto por Medicaid.

Si su apelación es acerca de:	Esto es lo que tiene que hacer:	Recibirá una decisión en:	Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:
Medicamentos de la Parte D	Debe presentar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.	7 días naturales	Farmacia de Medicare 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047 Fax:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



			866-290-1309
Si su apelación es acerca de: Medicamentos que no son Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de Medicamentos)	Esto es lo que tiene que hacer: Debe presentar la apelación dentro de los 90 días de la decisión de cobertura.	Recibirá una decisión en: 30 días naturales (más 14 días de extensión)	Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a: 1520 Kensington Rd, Suite 212 (in Person Delivery Address) Fax: 1-630-203-3993

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



B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados

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

LLAME AL	(877) 901-8181 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local
ESCRÍBANOS	1520 Kensington Road, Suite 212 Oakbrook, IL 60523
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)
- Si su proveedor o coordinador de cuidado cree que usted puede ser elegible para una atención a largo plazo o para apoyos y servicios adicionales a fin de mantenerlo en su casa, lo remitirá a una agencia que decidirá si usted es elegible para dichos servicios.

Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica. Puede obtener estos servicios:

- Atención de enfermería especializada
- Asistente personal
- Ama de casa
- Atención diurna para adultos
- Sistema de auxilio para emergencias en el hogar
- Fisioterapia

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Atención médica domiciliaria

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con una enfermero calificado que puede proporcionarle asesoría de atención médica en su idioma y referirle a donde usted puede obtener el cuidado que necesite. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermeras es una central telefónica de salud acreditada por URAC y lo ha estado desde el 2007. La acreditación URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso integral con una atención de calidad, mejores procesos y mejores resultados para los pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras también está certificada desde 2010, por el NCQA en Productos de Información de Salud (HIP) para nuestra Línea de Información de Salud con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. El NCQA está diseñado para cumplir con los estándares de información de salud del NCQA para los estándares aplicables para los planes de salud.

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

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

LLAME AL	(888) 275-8750. Español: (866) 648-3537 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 o (866) 735-2929. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

Debe llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual 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.

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Preguntas sobre servicios de desorden en el uso de sustancias

E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP)

El Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. SHIP no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud.

LLAME AL	1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
ESCRÍBANOS	Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
PÁGINA WEB:	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

E1. Cuándo contactar a SHIP

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

LLAME AL	(888) 524-9900
TTY	(888) 985-8775 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	Livanta 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://bfccqioarea5.com/

F1. Cuándo contactar a Livanta

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H. Cómo comunicarse con Medicaid

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

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para Medicaid, llame a la línea de ayuda del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

LLAME AL	1-800-843-6154 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-866-324-5553 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.WebBits@illinois.gov
PÁGINA WEB:	www.dhs.state.il.us

I. Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois

La línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL	1-800-226-0768 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Esta llamada es gratuita.
PÁGINA WEB:	www.hfs.illinois.gov Esta es la página web oficial de Medicaid. Le proporciona información actualizada acerca de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



J. Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois

El Programa de Mediador de Atención a Domicilio de Illinois es un programa de mediación que funciona como un defensor en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a comprender qué hacer. También pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. La Defensoría de Atención a domicilio de Illinois no está relacionada con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-252-8966 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
ESCRÍBANOS	Home Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	Aging.HCOProgram@illinois.gov
PÁGINA WEB:	www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



K. Otros recursos

Cómo notificar incidentes de abuso, negligencia, explotación y otros incidentes graves

El fraude, la malversación y el abuso, además de la negligencia, son todos incidentes que deben ser notificados. El fraude ocurre cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.

Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Usar la tarjeta de identificación de otra persona o dejar que esa persona use la suya.
- Un proveedor que factura por servicios que no recibió.

Abuso es cuando alguien causa daño o lesión física o mental.

Estos son algunos ejemplos de abuso:

- **Abuso físico** es cuando le hacen daño, como abofetearlo, golpearlo, empujarlo o amenazarlo con un arma.
- **Abuso mental** es cuando alguien lo amenaza, trata de controlar su actividad social o le mantiene aislado.
- **Abuso financiero** es cuando alguien usa su dinero, cheques personales o tarjetas de crédito sin su permiso.
- **Abuso sexual** es cuando alguien lo toca inapropiadamente y sin su permiso.

La negligencia ocurre cuando alguien decide negarle las necesidades básicas de la vida, como alimentos, vestimenta, refugio o atención médica.

Si cree que es una víctima, debe notificarlo de inmediato. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (877) 901-8181. También puede llamar a una de las siguientes agencias. Todas las notificaciones son confidenciales y pueden ser anónimas.

Línea directa de enfermería – (800) 252-4343

La línea directa de enfermería del Departamento de Salud Pública de Illinois es para notificar quejas sobre hospitales, centros de enfermería y agencias de atención médica a domicilio y la atención o la falta de ella de pacientes.

Oficina del inspector general – (800) 368-1463

La línea directa de la oficina del inspector general del Departamento de Servicios Humanos de Illinois es para notificar denuncias de abuso, negligencia o explotación de personas de 18 a 59 años de edad.

Línea directa de Servicios de protección de adultos – (866) 800-1409

Para notificar sobre el abuso, la negligencia o la explotación de personas de 18 a 59 años con una discapacidad o de personas de 60 años o más, llame a la línea directa de Servicios de protección de adultos.

Línea directa para presentar quejas de la Casa de Reposo (SLF) – (800) 226-0768

La línea directa del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois es para notificar el abuso, la negligencia o la explotación de las personas que viven en Casas de Reposo (SLF).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Los presuntos casos de fraude y abuso también se puede notificar directamente al estado de Illinois en:

Illinois State Police
Medicaid Fraud Control Unit
8151 W. 183rd Street, Suite F
Tinley Park, Illinois 60477

Cómo comunicarse con el Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65, o personas con discapacidades o insuficiencia renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos pueden ser elegibles de 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. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Información acerca de “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	27
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan	27
C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados	28
C1. Qué es un Coordinador de Cuidados	28
C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados	28
C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados	29
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	29
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	29
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	31
D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor de la red sale del plan?	31
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red	32
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	32
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	33
G. Cómo obtener atención médica autodirigida	34
G1. Qué es la atención médica autodirigida	34
G2. ¿Quién puede obtener atención médica autodirigida (por ejemplo, si está limitada a poblaciones con derecho a exención)?	34
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal	34



H. Cómo obtener servicios de transporte	34
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	35
I1. Cuidado en casos de emergencia médica	35
I2. Atención médica requerida urgentemente	37
I3. Atención médica durante un desastre	37
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan	38
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	38
K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica	38
K1. Definición de estudio de investigación clínica	38
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	39
K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica	39
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	40
L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada a la salud	40
L2. Obtener atención médica en una institución religiosa no médica dedicada a la salud	40
M. Equipo médico duradero (DME)	41
M1. DME como miembro de nuestro plan	41
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	41
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan	42
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	42



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

Los servicios incluyen atención médica, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y los apoyos y servicios a largo plazo se describen en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

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

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

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye apoyos y servicios médicos, de salud conductual y a largo plazo.

Por lo general, Molina Dual Options pagará por la atención médica y los servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Para estar cubierto por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica. El objetivo de los servicios puede ser mantener su salud actual. Incluye la atención dentro o fuera del hospital. Esto también incluye procedimientos o cirugías opcionales que se realizan en el hospital.
- Debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** en la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que acuda a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 29.
 - No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de esto, consulte la página 29.
 - Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 29.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **NOTA:** Si esta es la primera vez que está en un Plan Medicare-Medicaid, puede continuar viendo a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días con nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Si se cambió a Molina Dual Options de un Plan Medicare-Medicaid diferente, puede continuar viendo a sus proveedores actuales durante los primeros 90 días en nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Durante el periodo de transición, nuestro coordinador de cuidados se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de ese período, ya no cubriremos su atención médica si continúa visitando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su atención médica de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para conocer más sobre lo que significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, consulte la página 35.
 - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options requiere una autorización previa para obtener atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, una vez que el servicio es aprobado cubriremos la atención sin ningún costo para usted. Para informarse acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la página 29.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan durante un tiempo breve. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar consultando a sus actuales proveedores hasta por 180 días, lo que significa que los nuevos miembros pueden mantener a sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio en el momento de la inscripción hasta por 180 días.

C. Información acerca de su coordinador de cuidados

C1. Qué es un Coordinador de Cuidados

El coordinador de cuidados de Molina Dual Options es su contacto principal. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite.

C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados

Si desea comunicarse con su coordinador de cuidados, llame al (888) 858-2156 o a la extensión de coordinadores de cuidados durante el horario de atención. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. TTY: 711. O bien, www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados

El miembro o cuidador puede solicitar el cambio del coordinador de cuidados asignado según sea necesario, llamando al coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina Dual Options. Además, el personal de Molina puede realizar cambios en la asignación del coordinador de cuidados del miembro según las necesidades (culturales/lingüísticas/físicas/de salud conductual) o la ubicación del miembro. Para más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y gestione su cuidado.

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

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

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

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

Su elección de PCP

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores/farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un PCP nuevo si el que tiene ahora se va de nuestra red.

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea más información sobre nuestros proveedores de Molina Dual Options o si necesita ayuda para cambiar de PCP. El Departamento de Servicios para Miembros hará efectivo el cambio de PCP el primer día del siguiente mes. Para algunos proveedores, es posible que necesite una derivación de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Como miembro, usted no está limitado a especialistas específicos. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Se pueden requerir remisiones de su PCP para recibir servicios especializados; a los miembros se les permite acceder directamente a especialistas de salud para mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin necesidad de una remisión. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted 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, basado en la urgencia del servicio solicitado.

Si tiene una condición especial es posible que necesite ayuda de especialistas. Molina Dual Options lo ayudará a revisar su caso para determinar si se necesitan especialistas. No se necesitará una remisión de un PCP si Molina Dual Options decide que tiene una condición especial. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options si piensa que puede necesitar tener acceso directo a especialistas.

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

D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor de la red sale del plan?

Un proveedor de la red que usted está utilizando podría abandonar nuestro plan.

- Si un proveedor de la red que usted está usando sale del plan, tendremos que cambiar a otro proveedor que sea parte de la red Molina Dual Options. Le daremos un período de transición para empezar a recibir la atención del nuevo proveedor. Si su PCP abandona Molina Dual Options, se lo informaremos y lo ayudaremos a optar por otro PCP a fin de que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos.
- Si su proveedor abandona la red del plan, autorizaremos un período de transición de 90 días a partir de la fecha de aviso si usted tiene un curso de tratamiento continuo o está en su tercer trimestre de embarazo, lo cual incluye la atención de posparto.

Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados, aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para avisarle al menos 60 días antes para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido. Trabajaremos con usted para garantizar que continúe obteniendo el tratamiento que necesita.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores está por abandonar nuestra red, contacte a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. TTY: 711. O visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como Proveedor de Medicaid de Illinois para ser pagado por cualquier servicio de Medicaid que le proporcione.

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

Molina Dual Options Healthcare ofrece servicios médicos, de salud conductual, de visión, dentales y farmacéuticos. Además, Molina Healthcare administra los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS, long-term services and supports), o los servicios de exención, para el estado de Illinois. Es posible que usted desee saber si puede tener estos otros servicios o tal vez ya cuenta con estos servicios y se pregunte si van a cambiar cuando se inscriba en Molina Dual Options Healthcare. A continuación, encontrará respuestas a algunas preguntas.

¿Cuáles son los servicios de exención?

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Los servicios de exención son apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) que le permiten permanecer en su propio hogar o vivir en un entorno comunitario. Illinois cuenta con nueve servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Cada exención está diseñada para personas con necesidades similares y ofrece un conjunto diferente de servicios. Molina Healthcare administra cinco (5) de ellas.

¿Qué exenciones administra Molina Healthcare?

Molina Healthcare administra cinco (5) de los servicios de exención. Dichos servicios son los siguientes:

- Exención para personas con lesiones cerebrales
- Exención para personas con discapacidades
- Exención para personas con VIH/SIDA
- Exención para personas que residen en centros de vivienda asistida (Supportive Living Facilities, SLF)
- Exención para adultos mayores

¿Cómo funciona la elegibilidad para los servicios de exención?

La manera de averiguar si puede obtener los servicios de exención no ha cambiado. Una agencia estatal, el Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS, Department of Rehabilitative Services) o el Departamento para Adultos Mayores (DoA, Department on Aging) determinará si puede recibir estos servicios.

¿Quién es elegible para los servicios de exención?

A fin de ser elegible para un servicio de exención, debe ser un ciudadano estadounidense o un extranjero que se encuentra legalmente en el país. Debe ser residente del estado de Illinois. También debe cumplir con los criterios de elegibilidad financiera de Medicaid. Además, debe cumplir con un nivel de atención para un centro de enfermería. Esto lo determina una agencia estatal a través de la herramienta de Determinación de necesidad (DON, Determination of Need).

Cada exención tiene requisitos adicionales que usted debe cumplir para ser elegible. Algunas de ellas son las siguientes:

- Exención: requisitos adicionales.
- Personas con lesiones cerebrales: deben tener una lesión cerebral.
- Personas con discapacidades: deben tener una discapacidad física, y entre 0 y 59 años de edad.
- Personas con HIV/AIDS: deben tener un diagnóstico de HIV/AIDS.
- Personas que residen en centros de vivienda asistida (SLF, Supportive Living Facilities): deben tener una discapacidad y 22 años de edad y más, o tener 65 años de edad o más.
- Adultos mayores: deben tener 60 años de edad o más.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Su salud conductual es parte de su atención médica general. Si necesita atención de la salud conductual, tiene derecho a recibir diferentes beneficios, entre los que se incluyen la atención de pacientes internados y ambulatorios, así como el tratamiento del uso de sustancias.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Los beneficios de Dual Options de Molina incluyen las consultas ambulatorias (en consultorio o clínica) para tratar la salud conductual y el trastorno por el uso de sustancias, las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, la atención médica domiciliaria psiquiátrica, la atención psiquiátrica de pacientes internados, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva y el tratamiento de pacientes internados por uso de sustancias. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados de Molina para solicitar más información sobre la manera de acceder a los servicios de salud conductual.

Para obtener más información sobre los proveedores de su área, puede buscar en la página web de Molina o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (MEMBER SERVICES) y solicitar información adicional. Providersearch.molinahealthcare.com/Provider/ProviderSearch; (877) 901-8181 (TTY: 711).

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

G1. Qué es la atención médica autodirigida

Atención médica autodirigida significa que los miembros o su encargado tienen el derecho de tomar decisiones acerca de ciertos servicios cubiertos de exenciones, y que los miembros pueden asumir responsabilidad directa para administrar sus servicios. La atención médica autodirigida promueve la elección personal y el control sobre la prestación de servicios del plan de exenciones, incluyendo quién suministra los servicios y cómo se suministran.

G2. ¿Quién puede obtener atención médica autodirigida (por ejemplo, si está limitada a poblaciones con derecho a exención)?

Los miembros que califican para ciertos programas de exenciones pueden obtener los servicios cubiertos por esa exención. La atención médica autodirigida está disponible para ciertos participantes de exenciones de Molina Dual Options que elijan la opción de servicios de apoyo en el hogar para su atención y servicios en el hogar. Si cree que puede calificar para un programa de exención, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) y hablar con un coordinador de cuidados.

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

Los coordinadores de cuidados le harán preguntas sobre su salud, su capacidad para realizar ciertas tareas, tales como el cuidado personal, la limpieza, las compras, la preparación de las comidas y la administración de medicamentos. Esta información se utilizará para ayudar a conectarlo con la atención médica y los servicios adecuados para los que pueda calificar a través de los programas de exenciones.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita transporte hacia el consultorio de su médico y desde el mismo para recibir servicios de atención médica cubiertos, Molina Healthcare puede proporcionar transporte si lo considera necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Este beneficio de transporte es para los servicios cubiertos. Las consultas médicas incluyen traslados a los siguientes lugares:

- Una consulta al PCP o proveedor
- Una clínica
- Un hospital
- Una terapia o consulta de salud conductual
- DME

Además, Molina Dual Options también cubre un traslado a la farmacia para recoger una receta médica. Llame a la línea de asistencia de transporte al (844) 644-6353 para programar su parada en una farmacia antes de salir del consultorio de su proveedor. Pida a su proveedor de atención médica que llame a la farmacia y tengan lista su receta para cuando llegue ahí. Informe al conductor que necesita detenerse en la farmacia al regreso. Para coordinar el servicio de transporte, o si tiene alguna pregunta, llame al (844) 644-6353. Llame lo antes posible para programar su transporte, pero no menos de 72 horas antes de su consulta. Los viajes por alta del hospital pueden ser programados con tres horas de aviso.

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

II. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

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

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **En cuanto pueda, asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Puede encontrar el número del Departamento de Servicios para Miembros en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, salvo en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan a usted atención de emergencia. Los médicos nos informarán cuando se acabe su emergencia médica.

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

- El plan ha autorizado estos servicios.
- estos servicios fueron administrados para mantener y estabilizar la condición del miembro

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

Los beneficios de Dual Options de Molina incluyen las consultas ambulatorias (en consultorio o clínica) para tratar la salud conductual y el trastorno por el uso de sustancias, las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, la atención médica domiciliaria psiquiátrica, la atención psiquiátrica de pacientes internados, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva y el tratamiento de pacientes internados por uso de sustancias. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados de Molina para solicitar más información sobre la manera de acceder a los servicios de salud conductual. Si experimenta una emergencia de salud conductual, comuníquese con el 911 o diríjase con precaución a la sala de emergencias local que le corresponda. Los servicios de salud conductual para pacientes internados que son médicamente necesarios tienen cobertura de Molina Dual Options. El proveedor del paciente internado es responsable de notificar a Molina durante el primer día laboral luego del ingreso. Los miembros de Molina Dual Options no son responsables de los cargos relacionados con el tratamiento de pacientes internados.

Obtención de atención de emergencia si no era una emergencia

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Sin embargo, 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, **y**
- la atención adicional que usted obtenga se considera “atención médica requerida urgentemente” y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica. (Consulte la siguiente sección).

I2. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I3. Atención médica durante un desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no podemos usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red

durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

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

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

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

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

- Los que son médicamente necesarios y
- los que se describen en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4) y
- los que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

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

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

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

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

K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare o nuestro plan apruebe un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para estar en el mismo. Usted puede estar en el estudio, siempre que

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

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

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

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

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

K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

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

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

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

K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica

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



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

L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada a la salud

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

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

L2. Obtener atención médica en una institución religiosa no médica dedicada a la salud

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

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

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

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

Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de la cobertura de atención en hospital para pacientes internados. No hay límite en el número de días cubiertos para una estadía en el hospital.



M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

NOTA: Usted puede encontrar definiciones de los Planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted 2021*. Si usted no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en la página web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

- no se hizo propietario del DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- sale del plan y obtiene sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original en lugar de un plan de salud.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no cuentan hacia los 13 pagos que debe realizar después de salir de nuestro plan.**

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

M3. 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, cubriremos lo siguiente:

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

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

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.

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

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

En caso de que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubra Medicare Original. Puede consultar a su plan Medicare Advantage cuáles son los equipos de oxígeno y los suministros que cubre, y cuáles serán sus costos.



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos	44
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	44
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	44
D. La Tabla de Beneficios	45
E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options	90
E1. Cuidado paliativo	90
F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Medicaid	91



A. Sus servicios cubiertos

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

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

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services), al (877) 901-8181 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

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

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D le indica los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos. Está dividida en dos secciones, Servicios Generales, que se ofrecen a todos los afiliados, y Servicios en el Hogar y la Comunidad, que se ofrecen a los afiliados que puede recibir los beneficios del programa a través de un programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad.

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También 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 Medicaid de Illinois.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no necesita ninguna.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de Beneficios:
 - Procedimientos de plástica y reconstructivos
 - Anestesia general para procedimientos dentales
 - Terapia y exámenes neuropsicológicos y psicológicos
 - Consultas a centros de salud o proveedores fuera de la red. Llame a Molina Dual Options para obtener más detalles.
 - Procedimientos para el tratamiento del dolor
 - Estudios del sueño
 - Algunos medicamentos farmacéuticos especializados. Llame a Molina Dual Options para obtener más detalles.
 - Terapia para heridas
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
🍏	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan cubrirá un examen de detección por ultrasonido una única vez 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, médico asociado, enfermera especializada o una enfermera clínica especializada.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Acupuntura para dolor crónico de baja espalda El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. American Specialty Health (ASH Group) administra los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. Todos los miembros deben utilizar proveedores dentro de la red de ASH Group.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento El plan cubre un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que usan indebidamente el alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el examen de detección le da positivo para el consumo indebido de alcohol, el plan cubre hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un proveedor médico o proveedor de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria. Molina Dual Options también cubre los servicios adicionales de salud conductual y el tratamiento por abuso de sustancias. Usted puede recibir servicios o tratamiento de proveedores de nuestra red. Su proveedor de atención primaria (PCP) puede remitirlo a un proveedor de salud conductual. Si necesita servicios para la salud conductual o el abuso de sustancias • Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181. • (TTY/Illinois Servicio de Retransmisión 711) • O, usted puede remitirse por sí mismo a un centro para la salud mental dentro de la red, por ejemplo, ◦ al Centro Comunitario para la Salud Mental, o al ◦ Centro de División de Salud Mental (DMH) dentro de la red, o ◦ a la División de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (DASA, por sus siglas en inglés), o ◦ al centro del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS, por sus siglas en inglés).	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y en tierra. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Se requiere autorización previa únicamente para una ambulancia que no sea de emergencia.	\$0
	Consulta preventiva anual Si usted ha estado en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esto una vez cada 12 meses. Nota: Usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de “Bienvenida a Medicare”.	\$0
	Mediciones de masa ósea El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) El plan cubrirá los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0
	Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón) El plan cubre una consulta anual a su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • Hable sobre el uso de la aspirina. • Mida su presión arterial. • Le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	\$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan cubre 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. Si su proveedor de atención primaria lo considera médicamente necesario, puede haber cobertura para exámenes adicionales.	\$0
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino El plan cubre los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicoláou y exploraciones pélvicas una vez cada 12 meses	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios quiroprácticos El plan cubre los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	\$0
	Examen de detección de cáncer colorrectal El plan cubre los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba fecal inmunológica cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años • Examen preventivo de colonoscopia ◦ Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopia (o examen preventivo de enema de bario) cada 24 meses. ◦ Para personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses después una sigmoidoscopia). Los exámenes de detección adicionales pueden estar cubiertos si su proveedor de atención primaria los considera médicamente necesarios.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: - El plan cubrirá dos intentos con asesoramiento para dejar el tabaco en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. 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: - El plan cubre dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y está embarazada: - El plan cubrirá tres intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. El plan ofrece 8 sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco, además de su beneficio de Medicare.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios dentales: • Exámenes integrales y limitados • Restauraciones • Dentaduras postizas • Extracciones • Sedación • Emergencias dentales • Servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes del parto de su bebé Los siguientes beneficios dentales preventivos: • hasta 2 exámenes bucales por año • hasta 2 limpiezas por año • hasta 1 tratamiento con fluoruro por año • hasta 1 radiografía dental por año Nuestro plan paga hasta \$ 600 cada año para la mayoría de los servicios dentales. Molina Dual Options ofrece beneficios dentales integrales.* Comuníquese con el plan para obtener más información.	\$0
	Examen de detección de depresión El plan cubrirá un examen de detección de la depresión cada año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.	\$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de diabetes El plan cubre este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Suministros, servicios y capacitación para la autogestión de la diabetes El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluyendo los siguientes*: ◦ Un monitor de glucosa en sangre ◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre ◦ Lancetas y dispositivos para lancetas ◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Cubriremos otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente *: ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural, o ◦ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos) El plan también cubrirá zapatos terapéuticos personalizados o zapatos de profundidad.* • El plan cubrirá capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención de emergencia Atención de emergencia significa los siguientes servicios: • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente: • serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; o • daño grave en las funciones corporales; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o • en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: ◦ no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. La cobertura por atención médica de emergencia no está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0 Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si el plan aprueba su permanencia.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan cubrirá los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes) • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados Medicaid no paga por los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico relacionados con infertilidad o esterilidad • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). • Pruebas y asesoramiento genético con la excepción de diagnóstico prenatal de trastornos congénitos del niño nonato, a través de la amniocentesis y exámenes de detección genéticos de los recién nacidos exigidos por las regulaciones estatales. • Vitaminas prenatales y suplementos de ácido fólico ordenados por receta médica y surtidos por una farmacia El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) Sin embargo, usted deberá consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas*	
	Servicios de reasignación de género* Para los miembros con un diagnóstico de disforia de género, el plan cubre los servicios de reasignación de género. Algunos exámenes preventivos y servicios están sujetos a autorización previa y requisitos de remisión.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Programas educativos sobre salud y bienestar Estos programas están diseñados para mejorar la salud y los estilos de vida de los afiliados e incluyen control del peso, estado físico y control del estrés. Nuestros programas también ofrecen consejos y herramientas para manejar las condiciones de salud, tales como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Molina Dual Options está aquí para ayudarle a obtener más información acerca de cómo cuidar de su salud y controlar las afecciones crónicas. Nuestros programas incluyen consejos sobre alimentación saludable, cómo tomar sus medicamentos y el ejercicio. Nuestros programas ofrecen materiales de aprendizaje, recomendaciones y consejos para su cuidado. Como parte del programa, un coordinador de cuidados puede comunicarse con usted. El coordinador de cuidados trabajará con usted y sus proveedores para ayudarlo a permanecer en buen estado. Algunos de estos programas incluyen: • Educación para la salud • Línea directa de enfermería Beneficio nutricional/dietético: hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud. ¿Cómo se inscribe? Recibirá automáticamente materiales educativos si se le diagnostica alguna de esas afecciones. Puede que se contacten con usted una enfermera o su coordinador de cuidados, quienes trabajarán junto a su proveedor y equipo de cuidados para brindarle la atención y los consejos adecuados. • También puede ser derivado a un programa mediante una autorremisión o un proveedor. • Debe cumplir con ciertos requisitos para pertenecer a los programas. • Es su elección pertenecer a un programa y puede pedir que se lo dé de baja de un programa en cualquier momento. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) Molina Dual Options utiliza la siguiente información para identificar a los miembros para estos programas. • Reclamos • Farmacia • Otros programas de administración de la salud	
	Servicios de audición El plan cubre exámenes auditivos y equilibrio, realizados por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • Exámenes auditivos básicos y avanzados • Asesoramiento sobre audífonos • Ajuste/evaluación de un aparato auditivo • Audífonos una vez cada tres años* • Baterías y accesorios para audífonos* • Reparación y repuestos de las piezas del aparato auditivo*	\$0
	Examen de detección de VIH El plan paga por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección de VIH o • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	\$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención de una agencia de atención médica a domicilio* Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Se requiere una autorización previa después de la evaluación inicial y seis consultas de atención médica domiciliaria por año natural. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio de tiempo parcial o intermitente ◦ (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un asistente de atención en el domicilio combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Terapia de infusiones en el hogar El plan pagará 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 casa. Para realizar las infusiones en el hogar, se necesita lo siguiente: • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, lo siguiente: • servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con su plan de cuidado; • capacitación y educación de miembros que no están incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusiones en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar, suministrados por un proveedor calificado para brindar este tipo de tratamientos.	



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cuidado paliativo Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté obteniendo servicios en un centro de cuidado paliativo: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención en el hogar, incluida la atención médica domiciliaria • Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje para controlar los síntomas • Servicios de consejería Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare: • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. For services covered by Molina Dual Options but not covered by Medicare Part A or B: • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options: • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Nota: Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.	\$0 Cuando se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare se encarga de pagar los servicios de cuidados paliativos y los servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su enfermedad terminal. Molina Dual Options no paga por sus servicios. No hay gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Inmunizaciones El plan cubrirá los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía. • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en hospital para pacientes internados* No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan para cada estancia hospitalaria. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Gastos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, tales como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • Sangre, incluyendo componentes sanguíneos, almacenamiento y administración de la misma • Servicios de médico • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Para obtener más información sobre el trasplante y los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.	\$0 Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.
	Atención mental para pacientes internados* No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan para cada estancia hospitalaria. El plan cubrirá una atención psiquiátrica durante la hospitalización médicamente necesaria en instituciones aprobadas.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta* Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta. Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted obtenga mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: ◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos) o ◦ Sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de Institución para enfermedades mentales (IMD) para personas de 65 años de edad o más Una institución para enfermedades mentales (IMD) es una institución dedicada principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención de personas con enfermedades mentales, incluida la atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados. Un centro es una IMD si se determina por su naturaleza en general, como en el caso de los centros que se establecen y mantienen principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales.	Cuando su ingreso exceda una suma de asignación, debe contribuir al costo de sus servicios. Esta contribución, llamada suma de pago de paciente, es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, puede que no deba pagar una suma por mes. La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. Los montos máximos de "pago del paciente" variarán de acuerdo con el centro y el mes dependiendo de la tasa del centro específico y al número de días de cada mes.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Materiales y servicios para enfermedades renales El plan cubrirá los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención médica. Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales • Entrenamiento en autodiálisis, incluyendo entrenamiento para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para ayudar en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua 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.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de cáncer de pulmón El plan pagará un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 55 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	\$0
	Beneficio de alimentos* Este programa está diseñado exclusivamente para mantenerlo sano y fuerte durante su recuperación, luego de una internación en un hospital o un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o si tiene una afección médica potencial que requiere que permanezca en su casa durante un tiempo. Si puede recibir los beneficios del programa, su Coordinador de Cuidados lo inscribirá en el programa. También puede recibir los beneficios del programa si su médico solicita este beneficio para usted debido a su condición crónica. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Equipo médico y suministros relacionados* Los siguientes tipos generales de servicios y artículos se hallan cubiertos: • Los suministros médicos no duraderos, tales como vendajes quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, materiales para incontinencia, materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral • Equipo médico duradero (DME), por ejemplo sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, andadores, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), humidificadores, dispositivos de asistencia para el habla y andadores (para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual) • Aparatos prostéticos y ortóticos, medias elásticas de compresión, zapatos ortóticos, soportes para arco, plantillas para los pies • Suministros y equipos respiratorios, tales como equipos de oxígeno, equipos CPAP y BIPAP • Reparación de equipo médico duradero, dispositivos ortopédicos y dispositivos prostéticos • Alquiler de equipo médico en circunstancias donde las necesidades del paciente son provisionales Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o criterios médicos. Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Terapia de nutrición médica 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. El plan cubrirá las tres horas de los servicios de consejería personal durante el primer año en que usted obtenga servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de consejería personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural.	\$0
	Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambio de dieta a largo plazo y • aumento de actividad física y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® o Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Transporte que no sea de emergencia El plan cubrirá el transporte para viajar hacia sus citas médicas o desde éstas, si el mismo es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no sea de emergencia incluyen: • Medicare • Ambulancia que no sea de emergencia • Vehículo de servicio • Taxi	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en centros de enfermería (NF) y atención en centros de enfermería especializada (SNF)* El plan cubrirá centros de enfermería especializada (SNF) y centros de cuidados intermedios (ICF). El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada o habitación privada, si es necesario por razones médicas, mantenimiento y limpieza • Comidas, incluidas comidas especiales, sustitutos alimentarios y suplementos nutricionales • Servicios de enfermería y supervisión/control para el residente • Servicios de médico • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos, y otros fármacos disponibles en farmacia sin receta médica, recetados por su médico como parte de su plan de atención, incluidos medicamentos de venta libre y su administración • Equipo médico duradero no habitual (como sillas de ruedas y andadores) • Insumos médicos y quirúrgicos (como vendas, insumos para administración de oxígeno, insumos y equipos para el cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes) • Servicios adicionales proporcionados en un centro de enfermería, en cumplimiento normativo estatal y federal Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago: • Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde su esposo(a) vive en el momento en que usted abandona el hospital	Cuando su ingreso exceda una suma de asignación, debe contribuir al costo de sus servicios. Esta contribución, llamada suma de pago de paciente, es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, puede que no deba pagar una suma por mes. La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. Los montos máximos de “pago del paciente” variarán de acuerdo con el centro y el mes dependiendo del número y la tasa del centro específico.



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá los servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
	Servicios del programa de tratamiento de opioides* Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides. • Medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0
	Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios técnicos* • Pruebas de laboratorio • Sangre, componentes sanguíneos y administración de los mismos • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias*	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria ◦ Los servicios de observación permiten que el doctor sepa si es necesario internarlo en el hospital. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre internaciones o servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Evaluaciones preventivas y servicios médicos preventivos listados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención mental ambulatoria El plan cubrirá los servicios de salud mental proporcionados por: • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • una enfermera clínica especializada, • una enfermera especializada, • un médico asociado, • un asesor profesional clínico autorizado, • Centros comunitarios de Salud Mental (CMHC), • Clínicas de Salud Conductual (BHC), • Hospitales • Clínicas con tasas de encuentro, tales como Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC), o • cualquier otro profesional de atención médica mental aprobado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: • Servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico • Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un proveedor médico autorizado, tales como la evaluación integrada y la planificación de tratamientos, intervención en crisis, terapia y administración de casos • Servicios de tratamiento por día • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, tales como servicios opción tipo A y tipo B en clínicas Los servicios específicos que cada tipo de proveedor descrito anteriormente puede prestar y cualquier control de la utilización de dichos servicios se determinarán mediante el plan de acuerdo con las leyes federales y estatales y todas las políticas y/o acuerdos aplicables.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (ampliados) Además de los servicios de intervención en crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de intervención en crisis médicamente necesarios: • Servicio Móvil de Respuesta ante Crisis (MCR): MCR es un servicio móvil de tiempo limitado para la reducción, estabilización y restauración de síntomas de crisis al nivel en el que estaban. • Los servicios MCR requieren una evaluación presencial usando un instrumento de evaluación de crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad ante crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores calificados y remisión a otros servicios comunitarios de salud mental. • Para acceder a los servicios MCR, los miembros del plan de salud o las personas preocupadas por los miembros del plan de salud deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del miembro del plan de salud en crisis. • Estabilización de crisis: Los servicios de estabilización de crisis son apoyos intensivos de tiempo limitado disponibles por hasta 30 días después de un evento de MCR para prevenir otras crisis de salud conductual. Los servicios de estabilización de crisis brindan apoyo basado en las fortalezas según cada caso, en el hogar o la comunidad. El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización de crisis proporcionados por: • Centros Comunitarios de Salud Mental con una certificación de respuesta ante crisis del estado o • Clínicas de Salud Conductual con una certificación de respuesta ante crisis del estado.	\$0
	Servicios de rehabilitación ambulatorios* El plan cubrirá fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatorios de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cirugía ambulatoria* El plan cubrirá la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Artículos de venta libre (OTC) Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para el catarro y resfrío y vendas. Puede ordenar: • En línea: visite MolinaHealthcareOTC.com • Por Teléfono: llame gratuitamente a un representante de OTC al (866) 420-4010 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m. (hora estándar del Este), excluyendo días festivos • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido de medicamentos de venta libre (OTC) en el Catálogo de Artículos OTC. • Por la aplicación móvil: descargue nuestra nueva aplicación móvil OTC-Anywhere y acceda a la aplicación desde su teléfono inteligente o tableta para realizar su pedido. No hay ningún cargo por descargar o usar la aplicación. Esta nueva aplicación funciona en dispositivos móviles que usan sistemas operativos Apple o Android. • Por tarjeta de débito/minorista: llame a un representante de OTC, al número de teléfono gratuito mencionado anteriormente, para solicitar una tarjeta de débito OTC. Le enviaremos por correo su tarjeta de débito OTC, junto con las instrucciones de activación. Puede utilizar su tarjeta de débito OTC para comprar productos OTC aprobados en cualquier tienda de Walmart. Cuando realice su pedido en línea, por teléfono, por correo o mediante la aplicación móvil, este se enviará a la dirección que proporcione al realizar el pedido. El envío no le costará nada. Consulte su Catálogo de Artículos OTC 2021 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de OTC para obtener más información. Encontrará información importante que debe tener en cuenta (pautas de pedido) en el Catálogo de Artículos OTC 2021. Usted tiene \$60 por trimestre (3 meses) para gastar en productos OTC aprobados por el plan. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Artículos de venta libre (OTC) (continuación) Los periodos trimestrales de beneficios OTC son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre. Si no utiliza toda la suma de su beneficio trimestral de medicamentos OTC al hacer su pedido, el saldo restante se transferirá al siguiente periodo de beneficios de medicamentos OTC, lo que le dará más dinero para gastar la próxima vez que haga un pedido. Asegúrese de gastar cualquier suma de beneficio OTC no utilizada al final del año, ya que vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios.	
	Servicios de hospitalización parcial * El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio El plan cubrirá los siguientes servicios: • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: ◦ consultorio del médico ◦ centro de cirugía ambulatoria certificado* ◦ departamento de pacientes ambulatorios del hospital* • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria, si su médico lo indica, para determinar si necesita tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la revisión no está relacionada con una visita al consultorio de los últimos 7 días y ◦ la revisión no conduce a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio (continuación) • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su doctor tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria* Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ◦ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ◦ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o ◦ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico	
	Servicios de podología El plan cubrirá los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Exámenes de detección de cáncer de próstata El plan cubrirá un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para: • Hombres de 50 años en adelante • Hombres afroamericanos mayores de 40 años • Hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata	\$0
	Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. El plan cubrirá los siguientes dispositivos ortopédicos y tal vez otros dispositivos no que no se enumeran aquí: • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos ortopédicos • Piernas y brazos artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos. Ellos también pagarán para reparar o reemplazar los dispositivos ortopédicos. El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	\$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar* El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener un orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) El plan cubre exámenes de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer alguna ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.	\$0
	Servicios contra el abuso de sustancias El plan cubrirá los servicios para abuso de sustancias proporcionados por: • Un centro de abuso de sustancias autorizado por el estado u • Hospitales El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios médicamente necesarios para el abuso de sustancias: • Servicios ambulatorios (grupales o individuales), como asesoramiento, terapia, supervisión de mediación y evaluación por un psiquiatra. • Tratamiento de medicación asistida (MAT) para dependencia de opioides, como por ejemplo, ordenar y administrar metadona, administrar el plan de cuidado y coordinar otros servicios de trastorno en el uso de sustancias. • Servicios intensivos ambulatorios (grupales o individuales). • Servicios de desintoxicación, and • Algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) El plan pagará por la SET, para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. El plan pagará por lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa de SET debe ser de la siguiente manera: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada capacitados en técnicas básicas y avanzadas de apoyo	\$0
	Atención médica requerida urgentemente Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • un caso que no es de emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red. No se proporciona cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cuidado para la vista El plan cubre lo siguiente: - Exámenes anuales de la vista rutinarios - Anteojos (lentes y monturas) - Monturas limitadas a un par en un período de 24 meses - Lentes limitados a un par en un período de 24 meses, pero podría obtener más cuando sea médicamente necesario, con autorización previa - Ojos artificiales hechos a la medida* - Dispositivos para visión reducida* - Lentes especiales y de contacto cuando sea médicamente necesario, con autorización previa Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o criterios médicos. El plan cubre servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen 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 mayores, e - hispanoamericanos de 65 años o mayores. El plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).	\$0



	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” El plan cubre una consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y • remisiones para atención adicional si la necesita. Nota: 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”.	\$0

Servicios en el hogar y basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios para adultos durante el día* El plan cubre las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted califica. Este servicio: • Proporciona atención personal • Promueve el bienestar social, físico y emocional	\$0



Servicios en el hogar y basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Asistencia para las actividades de la vida diaria* Si usted califica, el centro de ayuda para la vida diaria proporciona una alternativa a la colocación en un centro para ancianos. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente: • Ayuda con las actividades de la vida cotidiana • Servicios de enfermería • Cuidado personal • Administración de medicamentos • Limpieza del hogar • Personal de respuesta/seguridad las 24 horas	\$0
Habilitación: por día* El plan cubre los servicios de habilitación durante el día, lo cual ayuda con la retención o mejoramiento de la autoayuda, socialización y destrezas de adaptación fuera del hogar si usted califica.	\$0
Comidas entregadas a domicilio* El plan cubre las comidas preparadas llevadas a su casa si usted califica.	\$0
Auxiliar de atención médica domiciliaria* El plan cubre los servicios de un auxiliar médico domiciliario, bajo la supervisión de una enfermera registrada (RN) u otro profesional, si usted califica. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • Cambios de vendajes simples • Asistencia con medicamentos • Actividades para apoyar las terapias especializadas • Atención médica rutinaria de dispositivos ortopédicos y ortóticos	\$0



Servicios en el hogar y basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Modificaciones en el hogar* El plan cubre modificaciones a su hogar si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o hacer que se sienta más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir: • Rampas • Barras de sujeción • Ampliación de la puerta de entrada	\$0
Servicios de ama de llaves* El plan cubre servicios de atención en el hogar proporcionados en su casa o comunidad, si usted califica. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Un trabajador para ayudarle con lavandería • Un trabajador para ayudarle con la limpieza • Entrenamiento para mejorar sus destrezas para la vida comunitaria	\$0
Servicios de enfermería* El plan cubre servicios por turno y servicios intermitentes de enfermería por una enfermera registrada (RN) o enfermera practicante autorizada (LPN) si usted califica.	\$0
Asistente personal* El plan cubre un asistente personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, si usted califica. Estas incluyen, por ejemplo: • Bañarse • Alimentarse • Vestirse • Lavar la ropa	\$0
Sistema personal de auxilio para emergencias* El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia si usted califica.	\$0



Servicios en el hogar y basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de cuidado de respiro* El plan cubre servicios de respiro para proporcionar alivio para un familiar no remunerado o cuidador de atención médica primaria que cumpla con todas sus necesidades de servicio, si usted califica. Se aplican ciertas limitaciones.	\$0
Equipos y suministros médicos duraderos especializados* Si usted califica, el plan cubre los dispositivos, controles o aparatos que le permiten a usted aumentar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o percibir, controlar, o comunicarse con el entorno en el que usted vive. Los servicios podrían incluir: • Elevador Hoyer • Sillas/bancos para ducha • Elevador para escaleras • Barandas para camas	\$0
Terapias* El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, si usted califica. Estas terapias se enfocan en necesidades de habilitación a largo plazo, en lugar de necesidades de restauración aguda a corto plazo.	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

E1. Cuidado paliativo

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

Nota: Si necesita cuidado no paliativo, llame a su coordinador de cuidados, al (877) 901-8181, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Medicaid

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco.

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

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

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Servicios considerados como no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el Capítulo 3, página 38, para obtener más información sobre 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 de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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, el plan cubrirá la reconstrucción del seno después de una mastectomía y para el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Atención podológica de rutina, excepto por la cobertura limitada provista según las pautas de Medicare.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Inversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de su suma de costos compartidos.
- Abortos, excepto en caso de violación sexual o incesto denunciado, o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre
- Cuidado de custodia en hospital a pacientes internados
- Pruebas de paternidad
- Servicios brindados en un Centro Estatal operado como hospital psiquiátrico como resultado de una internación forense
- Servicios brindados mediante una Agencia de Educación Local (LEA, por sus siglas en inglés)
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia)



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

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por pedido del correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y Medicaid.

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

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

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



Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas	96
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica	96
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica	96
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	96
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	96
A5. Cómo usar una farmacia especializada	97
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos	97
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	98
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan	99
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica	99
B. Lista de Medicamentos del plan	99
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos	99
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos	100
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos	100
B4. Categorías de la Lista de medicamentos	101
C. Límites para algunos medicamentos	101
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	103
D1. Obtener un suministro temporal	103
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	105
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	107
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan	107
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo	107
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	107



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	108
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	108
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos	108
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	109



A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Molina Dual Options sus medicamentos recetados cubiertos. Es posible que deba pagar a la farmacia un copago cuando retira el medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

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

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

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

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

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 10 días. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir un suministro provisional de su receta médica al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

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

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

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

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

3. Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo

Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

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

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, contáctenos al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-877-901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

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

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

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

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

Para conocer más sobre esto, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y sin receta cubiertos en virtud de sus beneficios de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

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

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

B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

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

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. Nuestra cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B tienen cobertura gratuita bajo los beneficios médicos de Molina Dual Options, pero no se consideran como parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia como un tratamiento para su condición. Su médico puede recetarle algún medicamento para tratar su condición, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar la condición. Esto se llama uso fuera de lo indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

B4. Categorías de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en uno de tres (3) niveles. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos y de venta libre).

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

Para conocer en qué categoría se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

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

C. Límites para algunos medicamentos

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

Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

1. Limitación del uso de un medicamento de marca registrada cuando una versión genérica se encuentra disponible

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

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

2. Obtención de aprobación previa del plan

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

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, el plan desea que usted adquiera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y los costos del medicamento A son menores que el medicamento B, el plan puede solicitarle que primero intente usar el medicamento A.

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

4. Límites de cantidades

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

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Lista de Medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

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

D1. Obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que haya estado tomando:

- ya no está en la Lista de Medicamentos, o
- nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan, o
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año natural.**
 - Este suministro provisional se otorgará por hasta 60 días.
 - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 60 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque no se encuentre en la lista de medicamentos. O puede



solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, él o ella puede ayudarle a pedirla.

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

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

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

- Consultar en línea la Lista de Medicamentos actualizada de Molina Dual Options en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para ver la lista actual de medicamentos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que es tan efectivo como alguno de los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.
- Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.
 - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hagamos de inmediato.
 - Usted puede solicitar una "excepción" a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este Manual para obtener más información sobre las excepciones.

Un medicamento es retirado del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

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

Cuando estos cambios sucedan:

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

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

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

Es posible que realicemos cambios que no afecten a los medicamentos que usted toma en este momento. 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 retiramos un medicamento que usted utiliza o limitamos su uso, el cambio no lo afectará por el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan

Si usted es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una permanencia cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Usted no tendrá que pagar un copago. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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

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

Si toma medicamentos para distintas enfermedades y/o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué hacer para obtener el mejor uso de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita preventiva anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

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

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

Molina Dual Options tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos con opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (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 benzodiazepina y opioides no es seguro, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de determinadas farmacias o de médicos específicos**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

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

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

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que está en riesgo por consumo inadecuado de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el recetador pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicar a usted si:

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y 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 Medicaid **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarlo a pagar por sus medicamentos con receta médica de Medicare Parte D.

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Tabla de contenidos

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	112
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	112
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	113
C1. Las categorías del plan	113
C2. Sus opciones de farmacia	113
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	114
C4. Lo que paga usted	114
D. Vacunas	115
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	115



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 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 el plan paga.

Cuando obtenga sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviaremos un informe llamado *Descripción de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

4. Revise los informes que le enviemos.

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

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

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

C1. Las categorías del plan

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

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

C2. Sus opciones de farmacia

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

C4. Lo que paga usted

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

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

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

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Categoría 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 de costos compartidos (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

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

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	117
B. Cómo enviar una solicitud de pago	118
C. Decisión de cobertura	119
D. Apelaciones	119



A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 155.

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

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

A continuación, enumeramos ejemplos de cuándo puede solicitar que nuestro plan le reembolse o que paguemos una factura que recibió:

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

Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

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

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

Para servicios médicos:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Molina Dual Options
Attn: Director, Participación de los miembros
1520 Kensington Road Suite 212
Oakbrook, IL 60523

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

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

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidiremos si su atención médica o el medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos la suma, si la hubiere, que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos.

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

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

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

D. Apelaciones

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

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reintegro por un servicio de atención médica, vaya a la página 155.
- Si desea presentar una apelación sobre un reintegro por un medicamento, vaya a la página 157.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades	121
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	122
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	123
C1. Cómo protegemos su PHI	123
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos	123
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	130
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	131
F. Su derecho a salirse del plan	131
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	132
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	132
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	132
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	133
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	133
H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	134
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	134



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

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

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas. Esta llamada es gratuita.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés y en formatos tales como letra grande, sistema Braille o audio.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente. Para cambiar permanentemente su idioma preferido, comuníquese con el Estado al (800) 843-6154, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora local para actualizar su registro con el idioma preferido.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar una queja a Medicaid llamando a la línea directa de Beneficios de Salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

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

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages. The call is free.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English or in an alternate format, call Member Services at (877) 901-8181, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Care Coordinator for help with standing requests. To permanently change your preferred language, contact the State at (800) 843-6154, TTY: 711, Monday – Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m., local time to update your record with the preferred language.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can also file a complaint with Medicaid by calling the Illinois Health Benefits Hotline at 1-800-226-0768. TTY users should call 1-877-204-1012.

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

Si tiene dificultades para obtener atención médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181. Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame 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 alguien que no es su PCP. No se requiere que asista a un proveedor de la red para atención médica de la mujer.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa.
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés), como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

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

C1. Cómo protegemos su PHI

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

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

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

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Estamos obligados a dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales. Se nos exige dar a Medicare y/o Medicaid la información sobre su salud y sus medicamentos. Si Medicare o Medicaid divulgan su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Usted tiene derecho a ser informado sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien a quien usted haya autorizado legalmente para tener esta información o para la persona que usted haya designado para ser contactado en caso de emergencia cuando no sea lo más conveniente dársela a usted por su salud.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

Usted tiene derecho a ver su historia clínica y obtener una copia de la misma. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia de su historia clínica.

Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Usted tiene derecho a saber si y cómo su PHI se ha compartido con otros.

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

Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Nosotros respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle beneficios de salud. Molina desea informarle cómo se usa o comparte su información.

PHI significa información de salud protegida. La PHI incluye su nombre, número de miembro, raza, origen étnico, necesidades de idioma u otras cosas que le identifican. Molina quiere que sepa cómo usamos o compartimos su PHI.

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

- Para financiar su tratamiento.
- Para pagar su atención médica.
- Para revisar la calidad de la atención que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención.
- Para usar nuestro plan de salud.
- Para usar o compartir PHI con otros fines según lo requiera o permita la ley.

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

Molina necesita su aprobación escrita para usar o compartir su PHI con fines no mencionados anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Pedirnos no usar o compartir su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de ciertas personas o lugares con los que hemos compartido su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina protege la PHI en todo nuestro plan de salud de muchas maneras. Esto incluye PHI escrita, hablada o en una computadora. Las siguientes son algunas maneras en las que Molina protege la PHI:

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita el número de personas que pueden ver la PHI. Solo el personal de Molina que necesite su PHI puede usarla.
- El personal de Molina está capacitado sobre cómo proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la PHI.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada usando firewalls y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

- Mantener su PHI privada.
- Brindarle información escrita, como esta, sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Siga los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

¿Qué puede hacer si considera que sus derechos de privacidad no han sido protegidos?

- Llamar o escribir a Molina y presentar una queja.
- Presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

No iniciaremos ninguna acción en su contra. Su acción no cambiaría su atención de ninguna manera.

Lo anterior es solo 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 nuestra página web en www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF ILLINOIS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Molina Healthcare of Illinois ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") usa y comparte su información de salud protegida para proporcionar sus beneficios de salud como miembro de Molina Duals Options. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También usamos y compartimos su información por otros motivos según lo permitido y requerido por la ley. Tenemos el deber de mantener su información de salud privada y seguir los términos de este Aviso. La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 1 de febrero de 2014.

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

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Para tratamiento

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su estado de salud con un especialista. Esto ayuda al especialista a hablar sobre su tratamiento con su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Para pago

Molina puede usar o compartir su PHI para tomar decisiones sobre el pago. Esto puede incluir quejas, aprobaciones de tratamiento y decisiones sobre necesidades médicas. Su nombre, su estado, su tratamiento y los suministros proporcionados pueden estar escritos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted tiene nuestros beneficios. También le diríamos al médico el monto de la factura que pagaríamos.

Para operaciones de atención médica

Es posible que Molina use o comparta su PHI para usar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar información de su queja para informarle sobre un programa de salud que podría ayudarlo. Además, es posible que usemos o compartamos su PHI para resolver las inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede usar para ver que los reclamos se paguen correctamente.

Las operaciones de atención médica implican muchas necesidades comerciales diarias. Incluyen, entre otras, las siguientes:

- Mejorar la calidad.
- Acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como el asma).
- Realizar o coordinar una revisión médica.
- Servicios legales, incluyendo programas de detección de casos de fraude y abuso y de procesos judiciales.
- Acciones que nos ayudan a cumplir las leyes.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, incluyendo la resolución de quejas y querellas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**socios comerciales**") que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Además, es posible que usemos su PHI para recordarle sus citas. Es posible que usemos su PHI para brindarle información sobre otro tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

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

Además de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, la ley permite o exige que Molina use y comparta su PHI con muchos otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por ley

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo exija la ley. Compartiremos su PHI cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede ser para un caso judicial, otra revisión legal o cuando sea necesario para fines de 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.



Control de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Es posible que necesiten su PHI para auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando lo aprueba una junta de privacidad o de evaluación institucional.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI puede ser usada o compartida para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar un sospechoso, testigo o persona desaparecida.

Salud y seguridad

Su PHI puede compartirse para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo sería proteger al presidente.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

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

Compensación laboral

Su PHI puede ser usada o compartida para obedecer las leyes de Compensación Laboral.

Otras divulgaciones

Su PHI se puede compartir con directores de funerarias o forenses para ayudarlos a hacer su trabajo.

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

Molina necesita su aprobación escrita para usar o compartir su PHI con fines que no sean los mencionados en este Aviso. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de marketing y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de PHI. Puede cancelar una aprobación por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya se hayan tomado debido a la aprobación que ya nos haya dado.

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones sobre usos o divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**

Puede solicitarnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitarnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



u otras personas que usted nombre y que estén involucradas en su atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

Puede solicitar a Molina que le brinde su PHI de cierta manera o en un lugar determinado para ayudar a mantener su PHI privada. Seguiremos solicitudes razonables, si nos dice cómo compartir toda o parte de esa PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que almacenamos. Esto puede incluir los registros usados para tomar decisiones de cobertura, quejas y tomar otras decisiones como miembro de Molina. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar los registros. En ciertos casos, podemos denegar la 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.

- **Modificar su PHI**

Puede solicitar que modifiquemos (cambiamos) su PHI. Esto incluye solo aquellos registros suyos como miembro que almacenamos. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Usted puede presentar una carta indicando que está en desacuerdo con nosotros si rechazamos la solicitud.

- **Recibir un recuento de divulgaciones de PHI (entrega de su PHI)**

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

- para tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
- entregar a personas su propia PHI;
- compartirla con su autorización;
- incidente del uso o divulgación de otro modo permitido o requerido por la ley aplicable;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia; o
- como parte de un conjunto limitado de datos de acuerdo con la ley aplicable.

Cobramos una tarifa razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

Puede realizar cualquiera de las solicitudes mencionadas anteriormente u obtener una copia impresa de este Aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711.



¿Qué puede hacer si sus derechos no han sido protegidos?

Puede presentar una queja ante Molina y ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No haremos nada en su contra por presentar una queja. Su atención y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Usted puede presentar una queja con nosotros en:

Molina Healthcare of Illinois
Attention: Director of Member Services
1520 Kensington Road, Suite 212
Oakbrook, IL 60523

Teléfono: (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711

Puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

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

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

(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son los deberes de Molina?

Molina debe:

- Mantener su PHI privada.
- Brindarle información escrita, como esta, sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Brindarle un aviso en caso de algún incumplimiento en cuanto a su PHI no segura.
- No usar ni divulgar su información genética con fines de contratación de seguros.
- Seguir los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambio

Molina se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de información y los términos de este Aviso en cualquier momento. 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, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Illinois

Attention: Director of Member Services

1520 Kensington Road, Suite 212

Oakbrook, IL 60523

Teléfono: (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711

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

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla español, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, llámenos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito. Nuestro plan también dispone de material escrito disponible en español. También podemos proporcionarle materiales o información escritos en letra de molde grande, sistema Braille o audio. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: para solicitar materiales en un idioma que no sea español o en un formato alternativo.

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 ha sido calificado el plan por los miembros del plan
 - El número de apelaciones hechas por los miembros
 - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria
 - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - Para ver una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Para obtener más información sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios a los Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. O visite nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites para su cobertura y medicamentos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no se encuentra cubierto y lo que usted puede hacer al respecto, incluido pedirnos que:
 - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que hemos tomado
 - Paguemos una factura que usted recibió

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

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

F. Su derecho a salirse del plan

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

- Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible.
- Tiene el derecho de obtener sus beneficios de Medicare por medio de:
 - Un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - Medicare Original
 - Un plan Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D por medio de:
 - Un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - Un plan de medicamentos recetados
 - Un plan Medicare Advantage
- Vea el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos recetados nuevo.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid por medio de:
 - Un Medicare-Medicaid Plan diferente
 - El servicio de cobro por servicio de Medicaid o un plan de servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) manejado por Medicaid

NOTA IMPORTANTE: Si está obteniendo atención a largo plazo o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, debe permanecer en nuestro plan o elegir otro plan para obtener sus servicios y apoyos a largo plazo.



- Para elegir un plan de servicios a largo plazo y apoyos (MLTSS) manejado por HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no escoge un plan de salud, se le asignará al plan de salud MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga “no”.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El documento legal que usted puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica. Para conocer más acerca de las directivas anticipadas en Illinois, vaya a la página web del Departamento de Salud Pública de Illinois: www.idph.state.il.us/public/books/advin.

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

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medicaid también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- **Molina Dual Options hará que su formulario completo forme parte de su historia clínica.** Molina Dual Options no puede, como condición para el tratamiento, exigirle que complete o renuncie a una directiva anticipada.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conservar una copia de esta para el hospital.**

El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.

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

Recuerde que usted decide si llena o no una instrucción anticipada.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

- Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja llamando a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-888-206-1327. Esta llamada es gratuita.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

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

- Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Programa de Seguro Médico para personas mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. Esta llamada es gratuita. Para obtener información acerca de esta organización, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Línea de ayuda para ancianos al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. Esta llamada es gratuita.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
 - Servicios cubiertos, vea los Capítulos 3 y 4. 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.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options cuando obtenga servicios o medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **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 está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
 - Cumpla con las citas y llegue a tiempo.
- Llame a su proveedor con 24 horas de anticipación si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita
- Si necesita transporte, llame a Molina Dual Options por lo menos con 72 horas de antelación siempre que sea posible.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período especial de inscripción, 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.
 - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para obtener ayuda si tiene preguntas o dudas. Esta llamada es gratuita.



Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.
- **Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene algún problema con su atención médica, puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.** Este capítulo explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la Línea de Ayuda de Ancianos para que lo ayuden a orientarlo con su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos ayuda a cualquier persona de cualquier edad inscrita en este plan. Para obtener recursos adicionales para abordar su preocupación y las formas de contactarlos, vea el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.



Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema	140
A1. Información acerca de los términos legales	140
B. A dónde llamar para pedir ayuda	140
B1. Dónde obtener más información y ayuda	140
C. Problemas relacionados con sus beneficios	141
C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas	141
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	142
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura	142
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura	142
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará	143
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	145
E1. Cuándo usar esta sección	145
E2. Solicitar una decisión de cobertura	146
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	147
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	151
E5. Problemas de pago	155
F. Medicamentos Parte D	157
F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D	157
F2. Qué es una excepción	158
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones	159
F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento Parte D o el reembolso de un medicamento Parte D, incluida una excepción	160
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D	163
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D	165



G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital	166
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare	166
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	167
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	169
G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación	170
H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto	172
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura	173
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención médica	173
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención médica	175
H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1	176
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2	177
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare	177
I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicaid	178
J. Cómo presentar una queja	178
J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?	178
J2. Quejas internas	180
J3. Quejas externas	181



A. Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

A1. Información acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” y no “determinación de la organización”, “determinación de beneficios,” “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

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

Usted puede obtener ayuda de la Línea de Ayuda para Ancianos

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos. La Línea de Ayuda para Ancianos tiene un programa de mediador que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono de la Línea de Ayuda para Ancianos es 1-800-252-8966 TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de ayuda para ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas y están disponibles para usted independientemente de su edad. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP)

También puede llamar al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. Los asesores de SHIP pueden ayudarlo sin importar cuántos años tenga. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- Visite la página web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede comunicarse con el estado de Illinois directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a la línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, TTY: 877-204-1012, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

Cómo obtener ayuda de la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Puede llamar al Programa de BFCC-QIO de Livanta (QIO) directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a Livanta al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775. Esta llamada es gratuita.

C. Problemas relacionados con sus beneficios**C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas**

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

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

(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí.	No.
Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 142.	Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Avance a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 178.



D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para una solicitud de decisiones de cobertura y para hacer apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

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

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

¿Qué es una apelación?

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

D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Llame a la **línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois** para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La línea directa de Atención Médica de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con sus problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de Ayuda para Ancianos** para ayuda gratuita de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La Línea de Ayuda para Ancianos ayudará a cualquier persona de cualquier edad que inscrita en este plan. La Línea de Ayuda para Ancianos es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si desea nombrar a su médico u otro proveedor para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario para “Nombramiento del Representante”. Además, puede obtener el formulario visitando <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página web en <http://www.molinahealthcare.com/members/il/en-US/mem/duals/resources/info/Pages/asp.aspx>. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Observe que bajo el programa de Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el formulario “Nombramiento del representante”.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”.
 - Además, puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante.
 - Sin embargo, **no necesita un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene fechas límite y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 145** le proporciona información si tiene problemas acerca de los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los Medicamentos Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.



- **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, con un (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 157 para ver apelaciones por medicamentos Parte D.
- Usted recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
- Recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y desea solicitar que le demos un reembolso.
- A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 166 y 172.
- En la **Sección F de la página 157**, se ofrece información sobre los medicamentos Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
 - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos.)
- En la **Sección G de la página 166** se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada en un hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección H de la página 172**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si necesita más ayuda o información, llame a la Línea de ayuda de para anciano al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.



E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por concepto de sus servicios médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para obtener información sobre apelaciones por medicamentos Parte D.

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

1. **Considera que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.**

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 146 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. **No aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.**

Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 147 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. **Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.**

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 147 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. **Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso.**

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 155 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

5. **Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.**

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 147 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). Consulte las Secciones G o H en las páginas 166 y 172 para obtener más información.



E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted puede enviarnos un fax al: (844) 251-1450
- Puede escribirnos a:

Molina Dual Options
1520 Kensington Road, Suite 212,
Oak Brook, IL 60523

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

Por lo general, el plazo es de 14 días naturales posteriores a su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor a 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días naturales (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Puede comunicarse con nosotros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o enviar un fax al (844) 251-1450. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o por un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días naturales (o la fecha límite de 72 horas para medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente**.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días naturales (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 178.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con nuestras razones para decirle que **No**.

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedimos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de

acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La Línea de Ayuda para Adultos Mayores no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Apelación de nivel 1?

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

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

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para hacer apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación “estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:
Molina Dual Options
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977
En línea: Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com
 - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días naturales** para presentar una apelación si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico, otro proveedor o alguien más puede hacer la apelación por usted, pero primero usted debe llenar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

A fin de obtener un formulario para nombramiento del representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestra página web www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si la apelación proviene de una persona distinta a usted, por lo general debemos recibir el Formulario para Nombramiento del Representante completado antes de que podamos revisar la apelación.

Tenga en cuenta que bajo el programa de Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el Formulario para nombramiento del representante.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días naturales** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días naturales** para presentar una apelación si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de nivel 1?” en la página 173 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

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

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 15 días laborables después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días laborables después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 178.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días laborables (o en un plazo de 7 días laborables después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 155.

Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de que le demos nuestra respuesta (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 155.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, nosotros le informaremos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud si necesitamos más información para decidir su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información solicitada de su parte.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 178.
- Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información necesaria o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 155.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de tomar nuestra decisión.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 155.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios por ese servicio no continuarán a menos que solicite al plan que continúe con sus beneficios cuando presente su apelación. Debe presentar su apelación y solicitar continuar con los beneficios dentro de los 10 días naturales después de que reciba la Notificación de denegación de cobertura médica. Si pierde la apelación, tendrá que pagar por el servicio.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Medicaid.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente tendrá una apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) tan pronto como la apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo **Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación del Nivel 2 en la Oficina de Audiencia Imparcial Estatal. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.



- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. Si también dicen que **No** a su apelación, puede solicitar otra Apelación del nivel 2 en la Oficina de Audiencia Imparcial Estatal.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es una Entidad de Revisión Independiente (IRE) o una Oficina de Audiencias Imparciales Estatales de Medicaid.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de Apelaciones para servicios de Medicaid es una Audiencia Imparcial Estatal. Debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono en un plazo de **120 días naturales** luego de la fecha en que enviamos la carta de nuestra decisión sobre su Apelación del nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de audiencia.

- Si usted desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acerca de un servicio o un artículo estándar de Medicaid, la exención de servicios para adultos mayores (Programa de atención comunitaria, o PCC) o la exención para instalaciones de viviendas de apoyo, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	855-418-4421 (Número de teléfono gratuito)
TTY	800-526-5812
FAX	312-793-2005
CORREO ELECTRÓNICO	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acerca de la exención para personas con discapacidades, exención para lesiones cerebrales traumáticas, o exención para VIH/SIDA, (Programa de Servicios en el Hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	800-435-0774 (Número de teléfono gratuito)
TTY	877-734-7429

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



FAX	312-793-3387
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.HSPApeals@Illinois.gov

La audiencia será procesada por un funcionario de audiencia imparcial autorizado para supervisar Audiencias Imparciales Estatales.

- Usted recibirá una carta de la Oficina de Audiencia indicándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también brindará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con cuidado.
- Por lo menos tres días laborables antes de la audiencia, usted recibirá un paquete de información de parte de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al Funcionario de Audiencia Imparcial.
- Deberá informar a la Oficina de Audiencias sobre cualquier arreglo razonable que pueda necesitar.
- Si debido a su discapacidad no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar una participación por teléfono. Proporcione al personal de la audiencia el número de teléfono con el que podamos comunicarnos con usted.
- Debe suministrar toda la evidencia que presentará en la audiencia al Funcionario de Audiencia Imparcial por los menos tres días laborables antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquiera de los testigos que comparecerán, así como todos los documentos que usted utilizará.
- Es probable que la audiencia sea grabada.

Mi problema se refiere a un servicio o artículo que tiene cobertura de Medicare, o de Medicare y Medicaid. ¿Qué sucederá en la Apelación de nivel 2?

Si decimos que **No** a su Apelación del Nivel 1 y, por lo general, el servicio o artículo tiene cobertura de Medicare o de Medicare y Medicaid, obtendrá **de manera automática** una Apelación de Nivel 2 de la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “Apelación Rápida” en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación del nivel 2 fue una Audiencia Imparcial Estatal, la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales le enviará una carta explicando su decisión. Esta carta se llama “decisión final administrativa”.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **Sí** a parte o todo lo que ha solicitado, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica tan pronto como su salud lo requiera.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **No** a parte o todo lo que ha solicitado, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de nivel 2 fue enviada a la Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales, y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede hacer otra apelación por el mismo tema a la Oficina de



Audiencias Imparciales Estatales. Esta decisión se podrá revisar solo mediante los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois.

Si su Apelación del nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede presentar una nueva apelación en ciertas situaciones:

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está cubierto por **Medicare y Medicaid**, puede solicitar otra Apelación de Nivel 2 en la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta indicándole su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Vaya a la página 177 para obtener información sobre el proceso de Audiencia Imparcial Estatal.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está cubierto por **Medicare, o por Medicare y Medicaid**, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor en dólares del servicio que desea cumple con cierta suma mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I en la página 177 para obtener más información sobre sus derechos de Apelación de Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Tal vez.

- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare únicamente, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la IRE.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicaid únicamente, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una Apelación del nivel 2 dentro de los siguientes 10 días naturales después de haber recibido la carta de la decisión del plan.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 2 con la IRE. Si presenta la apelación en la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales después de que el IRE toma su decisión y quisiera que sus servicios se mantuvieran durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal debe pedir que se mantengan, y debe pedirlo dentro de 10 días naturales del aviso del IRE.

E5. Problemas de pago

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

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

Para obtener más información, lea el Capítulo 7. “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos” en la sección titulada “Cuando un proveedor de la red le envía una factura”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.



¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección E3 de la página 147. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si le respondemos que **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **Sí** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener.

Si decimos **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 145).



F. Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E en la página 145.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos cubrir un medicamento Parte D que no está en la Lista de Medicamentos
 - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use la tabla que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección F2 en la página 158. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 159 y 160.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Avance a la Sección F4 en la página 160.	Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la Sección F4 en la página 160.	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Avance a la Sección F5 en la página 163.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
- Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
- Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Se les llama “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos **Sí o No** a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 en la página 163, se explica cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **Negativa**.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento Parte D o el reembolso de un medicamento Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 142 a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Guía rápida: Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax para solicitar, o pídale a su representante o médico u otro recetador que lo solicite. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días naturales.

- Si usted solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de las fechas límite de la decisión.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos las “fechas límite estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, con la aplicación de las fechas límite estándar, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas**.

Si su médico u otro recetador nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos las fechas límite estándar.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 178.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que dé su declaración de apoyo. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días naturales.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido la fecha límite, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviarla por fax a nosotros. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección del capítulo para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se detallan en la Sección F4 en la página 160.

El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días naturales, o 14 días naturales si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “Sí”** a una parte o a la totalidad de su solicitud: si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días corridos después de recibir su apelación o 14 días corridos, si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la solicitud de apelación.



- Si la respuesta es **No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D

Si **rechazamos** su apelación, en la totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para “apelaciones rápidas” en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para “apelaciones estándares” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días naturales posteriores a recibir su apelación, o 14 días naturales si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

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

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.
- Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para adquirir una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

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

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

Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Llanta al: (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital**, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 170.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado al (888) 524-9900 y pida una "revisión rápida".

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es "**Aviso detallado de alta**". Para obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día *siguiente* a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde que **No** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama **Livanta**. Puede comunicarse con **Livanta** al: **(888) 524-9900**, TTY: **(888) 985-8775**.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

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

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

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

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

Si deja pasar las fechas límite de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alterna de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (que es dentro de los 60 días o antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar



una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de las fechas límite estándar.

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

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

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

Apelación Alterna de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límite. En la Sección J en la página 178, se explica cómo presentar una queja.



Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

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

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

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

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
 - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Si 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.

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

- Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”.
- El aviso escrito le informa la fecha en la que terminaremos la cobertura de su atención médica.
- El aviso escrito también le informa a usted cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica

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

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límite correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J de la página 178, se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. O llame a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: (888) 524-9900. También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900 y pida una “apelación rápida”.

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

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 176.

El término legal para el aviso escrito es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de la muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es “**explicación detallada de No Cobertura**”.

- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanat. Puede comunicarse con Livanat al: (888) 524-9900. Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al (888) 524-9900. y pida otra revisión.

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

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

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

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

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

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

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos para determinar si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si decimos No** a su revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J de la página 178 se explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

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

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

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

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

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

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

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

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede ponerse en contacto con la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y el asesoramiento son gratuitos.

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

Usted también tiene más derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar cubiertos por Medicaid.

Después de que haya concluido su Apelación de Nivel 2 en la oficina de audiencias imparciales del estado, usted recibirá una decisión por escrito que se llama una "decisión final administrativa." Esta decisión la toma el Director de la Agencia basado en las recomendaciones del funcionario de la audiencia imparcial. La oficina de audiencias le enviará a usted y a todos los interesados la decisión por escrito. Esta decisión se podrá revisar solo a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El tiempo que el tribunal permitirá para la presentación de dicha revisión puede ser de hasta 35 días después de la fecha de su decisión administrativa final.

J. Cómo presentar una queja

J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

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

Quejas acerca de la privacidad

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

Guía rápida: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 181.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de Lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un “reclamo”.

El término legal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.



¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con la línea de ayuda para ancianos al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

J2. Quejas internas

- Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-877-901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.
- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Las quejas que son querellas deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no después de 30 días naturales luego de la fecha en que el Plan recibe la querella por vía oral o por escrito. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el afiliado solicite una respuesta por escrito o las preguntas sobre la calidad del cuidado en la querella. Las querellas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Las querellas pueden presentarse por vía oral llamándonos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local; o escribiendo por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días naturales. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.

Puede informarle al Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois acerca de su queja

Para presentar una queja en el Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, IL 60601

Teléfono de voz: (800) 368-1019

FAX: (202) 619-3818

TTY: (312) 886-1807

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



También puede tener derechos bajo la ley de estadounidenses con discapacidades. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775



Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid	184
B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan	185
C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente	185
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	185
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare	185
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	187
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado	188
F. Otras situaciones cuando acaba su membresía	188
G. Reglas en contra hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud	189
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	189
I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan	189



A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Puede solicitar la cancelación de su membresía en Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento del año inscribiéndose en otro Plan de Medicare Advantage o cambiándose a Medicare Original.

Si quiere volver a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su membresía terminará el último día del mes que los Servicios de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud para cambiar el plan. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 1.º de febrero.

Si quiere cambiarse a un plan Medicare-Medicaid diferente:

- Si solicitó cambiar de planes antes del día 18 del mes, su membresía terminará el último día de ese mismo mes. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibieron su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de septiembre.
- Si usted solicita cambiar de planes después del día 18 del mes, su membresía terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente a ése. Por ejemplo, si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibieron su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de octubre.

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones Medicare en la tabla en la página 185
- Los servicios de Medicaid en la página 187

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

- Llame a Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Vea el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de administración de medicamentos.



B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, informe a Medicaid o Medicare que quiere abandonar Molina Dual Options:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576 O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades 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 185 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro Medicare-Medicaid Plan.

Para inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígalos que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois reciben su solicitud antes del día 18 del mes, su cobertura con Molina Dual Options terminará el último día de ese mismo mes. Si los Servicios de inscripción de clientes de Illinois reciben su solicitud después del día 18 del mes, su cobertura con Molina Dual Options terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A anterior para obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

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

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

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

1. Puede cambiar a: Un plan de salud de Medicare (por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido [PACE])	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 Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Puede cambiar a: 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 Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.



3. Puede cambiar a: Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.	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 Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

Si abandonó el Medicare-Medicaid Plan, obtendrá sus servicios de Medicaid ya sea a través del pago por servicio o se le exigirá que se inscriba en el Programa de Apoyos a largo plazo (LTSS) manejado por HealthChoice Illinois para obtener sus servicios de Medicaid.

Si está en una institución de atención de ancianos o está inscrito en un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), continuará recibiendo sus servicios de Medicaid a través de pago por servicio. Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid y pacientes nuevos.

Si está en una institución de atención para ancianos o está inscrito en un programa de exención HCBS, puede necesitar inscribirse en el programa MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener sus servicios Medicaid.

- Para elegir un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si no escoge un plan de salud de Servicios y apoyos a largo plazo Manejado (MLTSS) por HealthChoice Illinois, se le asignará al plan de salud MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía.

Después de que está inscrito en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

Recibirá una tarjeta de identificación del miembro nueva, un *Manual del Miembro* nuevo y un Directorio de proveedores y farmacias nuevo de su plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

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

Si abandona Molina Dual Options, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid. Consulte la página 189 para obtener más información. Durante este período, seguirá recibiendo atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para que le surtan sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si los adquiere en farmacias de la red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, por lo general su internación en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía

Estos son los casos en los que Molina Dual Options deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no puede recibir los beneficios del programa para Medicaid. Nuestro plan es para personas que pueden recibir los beneficios del programa para ambos, Medicare y Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para Medicaid, llame a la línea de ayuda del Departamento de Servicios Humanos de Illinois 1-800-843-6154; TTY: 1-866-324-5553.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
- Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si le encarcelan.
- Si miente o retiene información sobre un plan médico adicional que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. En función de eso, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro. Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podremos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en contra de hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Siempre debe llamar a la línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. 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 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes	191
B. Aviso de no discriminación	191
C. Aviso sobre Molina Dual Options como un pagador secundario	191
C1. Derecho de subrogación de Molina Dual Options	192
C2. Derecho de reembolso de Molina Dual Options	192
C3. Sus responsabilidades	192
D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad	193



A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este Manual del Miembro. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, IL 60601

Teléfono de voz (800) 368-1019

FAX (202) 619-3818

TTY (800) 537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Molina Dual Options como un pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador tiene que pagar primero.

Molina Dual Options tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando otra persona o entidad tenga que pagar primero.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



C1. Derecho de subrogación de Molina Dual Options

La subrogación es el proceso por el que Molina Dual Options obtiene la devolución del costo total o parcial de su atención médica de otra compañía aseguradora. Estos son ejemplos de otros seguros:

- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de su casa
- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de una casa de una persona que le haya causado una enfermedad o lesión
- Indemnización al trabajador

Si una compañía de seguros que no sea Molina Dual Options debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Molina Dual Options tiene derecho a pedir que esa aseguradora nos pague a nosotros. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de Molina Dual Options bajo esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluyendo otro plan de seguro, le proporcione a usted cobertura de servicios de atención médica.

C2. Derecho de reembolso de Molina Dual Options

Si usted obtiene dinero por algún litigio o acuerdo judicial por una enfermedad o lesión, Molina Dual Options tiene derecho a pedirle que reintegre el costo de los servicios cubiertos que nosotros pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más de la suma de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

C3. Sus responsabilidades

Como miembro de Molina Dual Options, acepta:

- Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Molina Dual Options.
- Cooperar con Molina Dual Options cuando solicitemos información y asistencia en la Coordinación de Beneficios, Subrogación o Reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Molina Dual Options con sus derechos de Subrogación y Reembolso.
- Autorizar a Molina Dual Options para que investigue, solicite y revele la información necesaria para efectuar tareas de Coordinación de Beneficios, Subrogación y Reembolso en el grado que lo permitan las leyes.
- Pagar a Molina Dual Options las sumas recuperadas a través un litigio, acuerdo o por otro medio relacionado con cualquier tercero o su compañía aseguradora al grado de los beneficios proporcionados bajo la cobertura, hasta el valor de dichos beneficios.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reintegrarnos nuestros costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos bajo este plan.



D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, registros, datos y elementos de datos relacionados con usted, utilizados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protegerán contra la divulgación no autorizada, en conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; 42 USC 654(26); 42 CFR Parte 431, Subsección F; y 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164, Subsecciones A y E.

Estamos obligados por ley a darle un aviso que describa la forma en que se puede usar y divulgar su información médica, y la forma en que puede obtener esta información. Por favor, lea cuidadosamente esta Notificación de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

Centro de cirugía ambulatoria Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

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 están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de cuidados: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: Un plan preparado por usted y su coordinador de cuidados, que describe las necesidades médicas, de salud conductual, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados, encabezado por un coordinador de cuidados, que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales que están ahí para ayudarle a formar un plan de cuidados y asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una queja”.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una



variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de toda la atención de salud servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación de competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de inscripción: El proceso de 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).

Equipo médico duradero (DME): Algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una afección médica que una persona común y corriente con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata podría conducir a la muerte, una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, o daños en la función de una parte del cuerpo, o en el caso de una mujer embarazada, poner en grave riesgo la salud física o mental de ella o de su bebé nonato. Algunos de los síntomas de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado sin control.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de ayuda adicional también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca registrada. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca registrada. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca registrada.



Quejas: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de salud: Una revisión del historial clínico de un miembro y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Auxiliar médico domiciliario: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la destreza de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Molina Dual Options debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

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

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los apoyos y servicios a largo plazo incluyen atención a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo.

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

Medicamento necesario: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica. El objetivo de los servicios puede ser mantener su salud actual. Incluye la atención dentro o fuera del hospital. Esto también incluye procedimientos o cirugías opcionales que se realizan en el hospital.

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de atención médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte el “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: Un plan Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrecen planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Afiliado de Medicare-Medicaid: 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, salud en el hogar y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Molina Dual Options incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid y que es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual del miembro y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Modelo de atención médica: El modelo de atención médica es el plan de Molina de administración de casos y servicios médicos para todos los miembros elegibles que tiene como fin proporcionar atención médica de calidad centrada en el afiliado y su familia. Anima el contacto entre los miembros, los encargados del cuidado y sus proveedores. Los miembros pueden solicitar reuniones formales con todos sus proveedores de atención seleccionados. Llamamos a esto el “Equipo de atención médica interdisciplinaria”. El modelo de cuidado se creó para asegurar que nuestros miembros reciban la atención apropiada, en el lugar y el momento correctos.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Mediador: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratis. Puede encontrar más información acerca del mediador en el Capítulo 2 y 9 de este manual.

Determinación de organización: El plan tomó una determinación como organización cuando este o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro-por-servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos 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. Vea la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesite para mantenerse sano.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.
- Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene autorización previa de nosotros.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

Elementos protésicos y ortóticos: Estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de mejoramiento de calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.



Área de servicio: Un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Molina Dual Options.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

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 de salud para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Agencia de Medicaid del estado: El Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois.

Terapia progresiva: Una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

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

Atención médica 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 Dual Options

Método	Información de Contacto
LLAME AL	(877) 901-8181 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
FAX	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Fax: (630) 203-3993 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Para el Departamento de Servicios para Miembros: 1520 Kensington Road Suite 212 Oakbrook, IL 60523 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals