

2024

Manual del Miembro

Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

Illinois H8046-001

Brinda servicios 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

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024

Manual del Miembro del Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

01/01/2024 – 12/31/2024

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 12/31/2024. Explica los servicios de atención médica, cobertura médica conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen cuidado a largo plazo y programas de excepción de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que le 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. The 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 letras grandes. 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. Esto se llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes separadas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea 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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

cuidados para obtener ayuda con respecto a las solicitudes permanentes. Para cambiar permanentemente su idioma preferido, comuníquese con el Estado al 1 (800) 843-6154, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora local, para actualizar su registro con el idioma preferido.

Tabla de contenidos

Capítulo 1:	Inicio como miembro.....	7
Capítulo 2:	Números telefónicos y recursos importantes.....	16
Capítulo 3:	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos.....	29
Capítulo 4:	Tabla de beneficios.....	50
Capítulo 5:	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	102
Capítulo 6:	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.....	122
Capítulo 7:	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	129
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades.....	134
Capítulo 9:	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	152
Capítulo 10:	Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid.....	203
Capítulo 11:	Avisos legales.....	211
Capítulo 12:	Definiciones de términos importantes.....	215



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, 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). 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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	8
B.	Información acerca de Medicare y Medicaid	8
	B1. Medicare.....	8
	B2. Medicaid.....	8
C.	Ventajas de este plan	9
D.	Área de servicio de Molina Dual Options.....	10
E.	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	10
F.	¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?	11
G.	Su plan de cuidados.....	11
H.	Prima mensual de Molina Dual Options.....	12
I.	El <i>Manual del Miembro</i>	12
J.	Otra información importante que obtendrá de nosotros.....	12
	J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options	12
	J2. Directorio de proveedores y farmacias.....	13
	J3. Lista de los medicamentos cubiertos.....	14
	J4. La Explicación de beneficios.....	14
K.	Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado	15
	K1. Privacidad de su información médica personal (PHI).....	15



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Bienvenido a Molina Dual Options

Molina Dual Options es un Plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid 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 le 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Cada estado decide:

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

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

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 le 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 ayudarle 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 cuidados 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:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.

- o 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: 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, 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, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago y Woodford.

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

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre 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 servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, inclusive si están ubicadas físicamente en ella) **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 la categoría 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:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- o personas de edad avanzada;
- o personas con discapacidades;
- o personas con VIH/SIDA;
- o personas con lesión cerebral; o
- o 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 para la salud (HRA) son realizadas por un servicio de atención médica (HCS) calificado y capacitado en función de los requisitos normativos. **Si esta es su primera vez en un Plan Medicare-Medicaid**, puede seguir acudiendo a sus médicos durante 180 días. **Si se cambió a Molina Dual Options de un Plan Medicare-Medicaid diferente**, puede seguir acudiendo a sus médicos durante 90 días. Después de ese punto, 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 acudir a 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 cuidados

Su plan de cuidados 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 está obteniendo servicios de exención de casa y comunidad, 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 solicitar un *Manual del Miembro* llamando 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. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

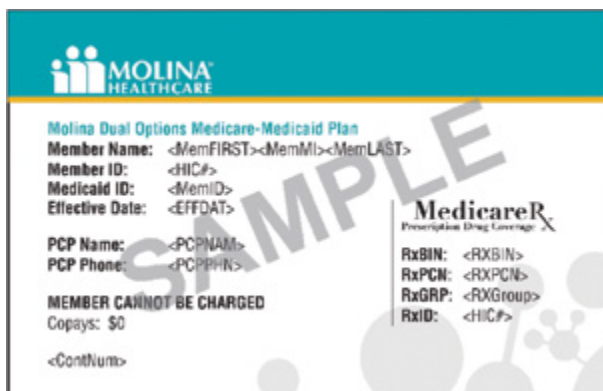
El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 01/01/2024 y el 12/31/2024.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

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

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

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y 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:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.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 miembro del Plan Molina Dual Options, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber 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 (consulte la página 11).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (electrónico en copia impresa) llamando 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.

Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en copia impresa se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a 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, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Los proveedores de la red también incluyen clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
- 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 le ayude a pagarlas.

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 para obtener más información. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio 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 los medicamentos cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a 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 resumen para ayudarle a comprender y mantener un control de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otras personas 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. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a una residencia para ancianos u hospital.
- 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 (NOTA: no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le alentamos a que lo haga).

Si cambia su información, háganos saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 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). Las leyes requieren que mantengamos confidencial su historia clínica y su PHI. Nos aseguramos de que su información de atención médica esté protegida.

Molina Dual Options está trabajando con el Estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois compartirá los datos de VIH de sus registros con las Organizaciones de Atención Médica Administrada de Medicaid de Illinois y Medicaid de Illinois para brindar una mejor atención a las personas que viven con VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, el estado del VIH, así como otra información se comparten de forma segura para todos los miembros de Medicaid.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle 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 defenderle. 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.....	17
	A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros.....	17
B.	Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados.....	20
	B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de Cuidado.....	20
C.	Cómo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería.....	21
	C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras.....	21
D.	Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	22
	D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	22
E.	Cómo comunicarse con el Programa de seguro médico para ancianos (SHIP).....	22
	E1. Cuándo contactar a SHIP.....	23
F.	Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	23
	F1. Cuándo contactar a Livanta.....	23
G.	Cómo comunicarse con Medicare.....	24
H.	Cómo comunicarse con Medicaid.....	24
I.	Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois.....	25
J.	Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois.....	25
K.	Otros recursos.....	26



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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: 1 (844) 834-2155 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: 1 (866) 290-1309
ESCRIBA A	Para el Departamento de Servicios para Miembros: 2001 Butterfield Road, Ste. 750 Downers Grove, IL 60515 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 servicios cubiertos, ●
 - la suma que pagaremos por sus servicios de salud.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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
 - 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 presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (consulte la Sección F).
 - 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, ●
 - 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

<p>Si su apelación es acerca de:</p> <p>Medicamentos de la Parte D</p>	<p>Debe realizar las siguientes acciones:</p> <p>Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p>Recibirá una decisión en:</p> <p>7 días calendario</p>	<p>Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:</p> <p>Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p> <p>Enviar por fax al: 866-290-1309</p>
<p>Si su apelación es acerca de:</p>	<p>Debe realizar las siguientes acciones:</p>	<p>Recibirá una decisión en:</p>	<p>Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:</p>
<p>Medicamentos que no son de la Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de medicamentos)</p>	<p>Debe solicitar la apelación dentro de los 90 días de la decisión de cobertura.</p>	<p>30 días calendario (más 14 días de extensión)</p>	<p>2001 Butterfield Road, Ste. 750 Downers Grove, IL 60515 (dirección de entrega en persona)</p>
			<p>Enviar por fax al: 1-630-203-3993</p>

- 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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- o Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso, o para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
- o 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 las 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 de Molina Dual Options. Además, el personal de Molina puede realizar cambios a la asignación del coordinador de cuidados del miembro de acuerdo con 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 a. m. a 6 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 6 p. m., hora local
ESCRIBA A	2001 Butterfield Road, Ste. 750 Downers Grove, IL 60515
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)
- 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 para mantenerle en su casa, le remitirá a una agencia que decidirá si usted es elegible para dichos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

- Atención de enfermería especializada
- Asistente personal
- Servicio doméstico
- Atención diurna para adultos
- Sistema de auxilio para emergencias en el hogar
- Fisioterapia
- 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 le conecta con un 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 un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la URAC (Comisión de Acreditación para Revisión de Uso). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso integral con el cuidado de calidad, los procesos mejorados y mejores resultados con pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermería también cuenta con la certificación de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (NCQA) en Productos de Información de la Salud (HIP) para nuestra Línea de Información de la Salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información de la salud de 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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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 médico para ancianos (SHIP)

El Programa de seguro médico para ancianos (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 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB:	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 ayudarle 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**
 - ayudarle a resolver problemas con las facturas.

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. Livanta no está asociada con nuestro plan.

LLAME AL	(888) 524-9900
TTY	(888) 985-8775 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	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 preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB:	<p>www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidado paliativo.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y comentarles lo que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.</p>

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

La línea de ayuda 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 a. m. a 4:30 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. Esta llamada es gratuita.
SITIO WEB:	www.hfs.illinois.gov Esta es la página web oficial de Medicaid. Le proporciona información actualizada acerca de Medicaid.

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

El Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois es un programa de mediación que funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a comprender qué hacer. También puede ayudarle a presentar una queja o una apelación a nuestro plan. El mediador de atención en el hogar de Illinois no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

K. Otros recursos

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

El fraude, el malgasto y el abuso, además de la negligencia, la explotación y el fallecimiento inexplicable son incidentes que deben denunciarse. 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. A continuación, se presentan algunos ejemplos de abuso:

- **Abuso físico** es cuando le hacen daño, como abofetearle, golpearle, empujarle o amenazarle con un arma.
- **Abuso mental** es cuando alguien le 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

El fallecimiento inexplicable significa que se produjo una muerte por causas desconocidas. Esto incluye una muerte que no fue causada por un diagnóstico previamente identificado, una muerte que se produjo durante o después de un incidente inusual, o bien que se sospecha que ocurrió como resultado de abuso o negligencia.

Si considera 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 denuncias 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 domiciliaria 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 para 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 para Adultos.

Línea Directa para Presentar Quejas del Centro de Ayuda para la Vida Diaria (SLF): 1 (844) 528-8444

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 Centros de Ayuda para la Vida Diaria (SLF).

La Línea Directa de Abuso de Niños de Illinois: 1-800-252-2873

Para casos de abuso, negligencia o explotación de miembros menores de 18 años.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

Seguro Social	
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 preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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 cuidado, 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”	31
B.	Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan	31
C.	Información acerca de su coordinador de cuidados	33
	C1. Qué es un coordinador de cuidados	33
	C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados	33
	C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados	33
D.	Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	33
	D1. Atención de un proveedor de atención primaria	33
	D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	35
	D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor de la red sale del plan?	36
	D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red	37
E.	¿Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?	38
F.	¿Cómo obtener servicios de salud conductual?	39
G.	¿Cómo obtener atención médica autodirigida?	39



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G1. Qué es la atención médica autodirigida.....	39
G2. ¿Quién puede obtener atención médica autodirigida (por ejemplo, si está limitada a poblaciones con derecho a exención)?	40
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal.....	40
H. ¿Cómo obtener servicios de transporte?	40
I. ¿Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia, o durante un desastre?	41
I1. Cuidado en casos de emergencia médica.....	41
I2. Atención médica requerida urgentemente	42
I3. Atención médica durante un desastre.....	43
J. ¿Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan?	43
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	44
K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica	44
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	44
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	45
K3. Obtenga más información acerca de estudios de investigación clínica.....	45
L. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?.....	46
L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	46
L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica.....	46
M. Equipo médico duradero (DME).....	47
M1. DME como miembro de nuestro plan.....	47
M2. La propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage.....	47
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan.....	48
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	48



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 domiciliaria, 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. Por lo general, cuando visita a un proveedor de la red, no debe pagar 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 servicios médicos, de salud del comportamiento y servicios y apoyos 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 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, equipos 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. 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Debe contar con un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que recurra 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 autorizarle antes de poder acudir 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 acudir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 35.

- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para acudir 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 este tema, consulte la página 35.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 35.

NOTA: si esta es la primera vez que está en un Plan Medicare-Medicaid, puede continuar acudiendo 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 acudiendo 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 ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después de ese periodo, ya no cubriremos su atención médica si continúa acudiendo 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 comprender qué significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, consulte la Sección I, página 41.

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 acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 33.

El plan cubre servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se encuentra accesible durante un breve periodo. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, puede seguir acudiendo los proveedores que acude ahora durante un máximo de 180 días si es la primera vez que se inscribe en un plan Medicare-Medicaid o durante un máximo de 90 días si se cambió a Molina Dual Options desde otro plan Medicare-Medicaid.

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 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 de Molina Dual Options. Además, el personal de Molina puede realizar cambios a la asignación del coordinador de cuidados del miembro de acuerdo con 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Su proveedor de atención primaria (PCP) le proporciona atención rutinaria y le ayuda a obtener atención especializada cuando la necesita. Su PCP puede ser un médico, un enfermero u otro profesional sanitario de atención primaria. Su PCP también puede ser el hogar médico o la clínica, como un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (FQHC).

Su PCP debe hacer una remisión para que usted reciba servicios de un proveedor especializado de Molina Dual Options. Algunos servicios no requieren derivación, como los servicios rutinarios y preventivos de salud de la mujer prestados por un especialista en salud de la mujer.

Su PCP también puede ayudarle a obtener otro tipo de cuidados:

- radiografías;
- análisis de laboratorio;
- terapias;
- atención hospitalaria;
- atención de seguimiento si deja el hospital.
- Su PCP coordinará la atención médica que necesita.

“Coordinar” su atención incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. A veces, su PCP tendrá que obtener una autorización previa para los servicios antes de que usted los reciba. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de su PCP.

Su elección de PCP

Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista o un hospital determinado, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica al consultorio 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 ayudarle 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 acudir 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 un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o necesita atención inmediata durante el fin de semana).
- NOTA: los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.
- 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 ayudarle a obtener la diálisis mientras está lejos).
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, *así como* la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías del pecho), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.

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:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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.

Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Usted no está limitado en cuanto a cuál de estos proveedores especializados de la red puede proporcionarle atención médica. Por lo general, su médico de cabecera debe remitirle a un especialista para que usted pueda recibir servicios especializados. Algunos servicios no requieren derivación, como los servicios rutinarios y preventivos de salud de la mujer prestados por un especialista en salud de la mujer. Para algunos servicios debe obtener una autorización previa antes de recibir el servicio. Usted o su PCP o proveedor especializado pueden solicitar autorización previa a Molina Dual Options por teléfono, fax o correo. La Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para le indica acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. En el Capítulo 9 le explicamos cómo obtener una 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 periodo de transición para empezar a recibir la atención del nuevo proveedor. Si su PCP abandona Molina Dual Options, se lo informaremos y le 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 periodo 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.
- Le notificaremos que su proveedor abandona su plan, a fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra actualmente en tratamiento médico o en terapia con su proveedor actual, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento o terapia médicamente necesarios que obtiene continúe y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto suceda.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red aprobado a su alcance, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para brindarle los cuidados.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red aprobado a su alcance, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para brindarle los cuidados cuando hay proveedores de la red disponibles o, de haberlos, no son adecuados para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor aprobado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

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 asistirle 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 bien, 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 acude a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 que se le pague 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, conductuales, oftalmológicos, odontológicos y farmacéuticos. Molina Healthcare también gestiona los servicios y soporte a largo plazo (LTSS), o servicios de exención, para el estado de Illinois. Quizá le interese saber si puede disponer de estos otros servicios. O puede que ya disponga de estos servicios y se pregunte si van a cambiar cuando se afilie a Molina Dual Options Healthcare. A continuación encontrará respuestas a algunas preguntas.

¿Qué son los servicios de exención?

Los servicios de exención son servicios y soporte a largo plazo (LTSS) que le permiten permanecer en su propia casa o vivir en un entorno comunitario. Illinois cuenta con nueve exenciones basadas 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 lesión cerebral
- Exención para personas con discapacidades
- Exención para personas con VIH/SIDA
- Exención para personas que residen en centros de vida asistida (SLF)
- Exención para adultos mayores

¿Cómo funciona la elegibilidad para los servicios de exención?

La forma de averiguar si puede recibir servicios de exención no ha cambiado. Una agencia estatal, el Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS) o el Departamento para Adultos Mayores (DoA) verán si puede disponer de estos servicios.

¿Quién es elegible para los servicios de exención?

Para poder optar a un servicio de exención, debe ser ciudadano estadounidense o extranjero legal. Debe ser residente del estado de Illinois. También debe cumplir los criterios de elegibilidad económica de Medicaid. Además, debe cumplir el nivel de cuidados de un centro de enfermería. Esto lo determina una agencia estatal utilizando la herramienta de Determinación de la Necesidad (DON).



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Cada exención tiene requisitos adicionales para que usted pueda optar a ella. Algunas de ellos son los siguientes:

- Exención - Requisito adicional
- Personas con una lesión cerebral - Debe tener una lesión cerebral.
- Personas con discapacidades - Debe tener una discapacidad física y una edad comprendida entre 0 y 59 años.
- Personas con VIH/SIDA - Debe estar diagnosticado con VIH o SIDA.
- Personas que residen en centros de vida asistida (SLF) - Debe ser una persona discapacitada de 22 años o más o tener 65 años o más.
- Adultos mayores - Debe tener 60 años o más.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Su salud conductual forma parte de su atención médica general. Si necesita atención de salud conductual, tiene derecho a diversas prestaciones que incluyen la atención para pacientes internados y ambulatoria, así como el tratamiento por consumo de sustancias.

Los beneficios de Dual Options de Molina incluyen consultas ambulatorias de salud conductual y trastornos por uso de sustancias (en consultorio o clínica), pruebas psicológicas y neuropsicológicas, salud psiquiátrica domiciliaria, atención psiquiátrica para pacientes internados, hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos y tratamiento por uso de sustancias para pacientes internados. Los miembros pueden ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para Miembros o con su coordinador de cuidados de Molina para solicitar más información sobre cómo acceder a los servicios de salud conductual.

Para obtener más información sobre los proveedores de su zona, puede buscar en el sitio web de Molina o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar información adicional. <https://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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 para 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, la capacidad para realizar ciertas tareas, tales como cuidado personal, limpieza, compras, preparación de comidas y administración de medicamentos. Esta información se utilizará para ayudar a conectarle 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. 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 3 días antes de su consulta. Los viajes por alta del hospital pueden ser programados con tres horas de aviso. También puede recibir el reembolso por el millaje de gasolina.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

1.1. 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; ●
- grave daño en las funciones corporales; ●
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:

no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.

un traslado a 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 u 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. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con autorización estatal apropiada.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Puede encontrar el número del Departamento de Servicios para Miembros en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

Los beneficios de Dual Options de Molina incluyen consultas ambulatorias de salud conductual y trastornos por uso de sustancias (en consultorio o clínica), pruebas psicológicas y neuropsicológicas, salud psiquiátrica domiciliaria, atención psiquiátrica para pacientes internados, hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos y tratamiento por uso de sustancias para pacientes internados. Los miembros pueden ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para Miembros o con su coordinador de cuidados de Molina para solicitar más información sobre cómo acceder a los servicios de salud conductual. Si está experimentando una emergencia de salud conductual, comuníquese con el 911 o concurra de manera segura al centro de emergencias más cercano. Los servicios de salud conductual para pacientes internados que son médicamente necesarios están cubiertos por Molina Dual Options. El proveedor del paciente internado es responsable de notificar a Molina dentro de un día hábil de la admisión. Los miembros de Molina Dual Options no son responsables de los cargos relacionados con el tratamiento de la internación.

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

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

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

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

12. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

Los cuidados requeridos urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana y que necesite tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

Sin embargo, si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, nosotros cubriremos los cuidados requeridos 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.

13. 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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:

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

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

Si desea saber si pagamos por cualquier servicio médico o atención médica, tiene el derecho a preguntarnos. 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 plan cubra un servicio 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. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se suelen buscar voluntarios para que participen.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 algún 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* necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye las prestaciones de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar la prestación. Entre ellas se incluyen determinadas prestaciones especificadas en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de investigación de dispositivos (IDE), y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

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

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

K3. Obtenga más información 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/O2226-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 deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 no médica religiosa dedicada a la atención médica**

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

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

L2. **Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica**

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

- 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 no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

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

Tiene cobertura de Medicare y Medicaid para servicios de hospitalarios para pacientes internados. Medicare cubre hasta 90 días de servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período de beneficios. El período de beneficios comienza el primer día de una



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

estancia cubierta por Medicare en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Medicare le brinda días de reserva de por vida adicionales (hasta 60 días durante su vida) También tiene más cobertura para la atención en hospitalarios para pacientes internados utilizando sus beneficios de Medicaid. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye algunos elementos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre 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 propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas pueden alquilar ciertos tipos de DME antes de hacerse propietarios.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 unirse 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, cubrimos lo siguiente:

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

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

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 y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Sus servicios cubiertos.....	51
	A1. En caso de emergencias de salud pública.....	51
B.	Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	51
C.	Tabla de beneficios de nuestro plan.....	51
D.	La Tabla de beneficios.....	53
E.	Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options.....	99
	E1. Cuidado paliativo.....	99
F.	Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Medicaid.....	100



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre Molina Dual Options. También puede obtener información 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 información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados o 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A1. En caso de emergencias de salud pública

Si el gobernador de Illinois, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran una emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de Molina Dual Options. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante una emergencia de salud pública declarada.

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 le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el Capítulo 7 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 califican a través de un programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad.

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




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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.
- 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 autorizarle antes de poder acudir 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 (PA)**. Los servicios cubiertos que necesitan PA se indican en la Tabla de beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener PA para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de beneficios:
 - Cirugía plástica y reconstructiva
 - 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. Encontrará esta manzana 🍏 al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D. La Tabla de beneficios

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>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, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	\$0
	<p>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja</p> <p>El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> dura 12 semanas o más; no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); no está asociado con una intervención quirúrgica; y no está asociado con el embarazo. <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>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.</p> <p>Si el examen de detección le da positivo para el consumo de alcohol en forma inadecuada, 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.</p> <p>Molina Dual Options también cubre servicios adicionales de salud conductual, o tratamiento de proveedores de nuestra red. Su PCP puede remitirle a un proveedor de salud conductual.</p> <p>Si necesita servicios para la salud conductual o el abuso de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181. • (TTY/Illinois Relay Service 711) • O, usted puede remitirse por sí mismo a un centro para la salud mental dentro de la red, por ejemplo, <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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), o <p>al centro del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS).</p>	





Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los servicios de ambulancia aérea de aviones y helicópteros y terrestre. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>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 necesita de una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita preventiva anual</p> <p>Si usted ha estado en la parte B de Medicare 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.</p> <p>Nota: usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su visita 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”.</p>	<p>\$0</p>






Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Mediciones de masa ósea</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>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.</p> <p>El plan también cubre programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hable sobre el uso de la aspirina, • mida su presión arterial, o • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	\$0
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>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.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas una vez cada 12 meses 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan cubre los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</p>	\$0





Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia sin límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • Pruebas de DNA en heces de varios objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. 	
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubre dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y está embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá tres intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un periodo de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>El plan ofrece 8 sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 2 exámenes bucales por año • hasta 2 limpiezas por año • hasta 1 tratamiento con fluoruro por año • hasta 1 radiografía dental por año <p>Nuestro plan paga hasta \$600 cada año para la mayoría de los servicios dentales.</p> <p>Molina Dual Options ofrece beneficios dentales integrales*</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Pagamos algunos servicios odontológicos cuando el servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios odontológicos, que superen los requisitos mínimos:</p> <p>Diagnóstico: examen bucal integral permitido una vez cada 3 años calendario.</p> <p>Restauración: hasta 3 obturaciones de amalgama y resina por año calendario. Periodoncia: hasta 2 raspados periodontales y alisados radiculares por cuadrante cada 24 meses.</p> <p>Prostodoncia, extraíble: - \$500 de asignación máxima combinada cada 3 años calendario (limitada a \$250 de asignación máxima combinada por placa de dental cada 3 años calendario) para dentaduras postizas maxilares y mandibulares completas y parciales. - Hasta 2 ajustes de dentadura postiza maxilar y mandibular completa y parcial cada año calendario.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>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.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan cubre este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Suministros, servicios y capacitación para la autogestión diabética</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluyendo los siguientes*: <ul style="list-style-type: none"> ◦ un monitor de glucosa en sangre ◦ tiras de prueba de glucosa en sangre ◦ lancetas y dispositivos para lancetas ◦ soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores <p>Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Cubriremos otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p> Suministros, servicios y capacitación para la autogestión diabética (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario ● un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos) <p>El plan también cubrirá zapatos terapéuticos personalizados o zapatos de profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan cubrirá capacitación para ayudarle a controlar su diabetes, en algunos casos. 	
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato; ● grave daño en las funciones corporales; ● disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ● en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si el plan aprueba su permanencia.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> o un traslado a puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. <p>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.</p>	
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • pruebas de laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, IUD, 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 enfermedades de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STI) • 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). <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá acudir a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • servicios de preservación de la fertilidad. • tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas 	
<p>Servicios de reasignación de género</p> <p>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.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Estos programas están diseñados para mejorar la salud y los estilos de vida de los miembros e incluyen control del peso, estado físico y control del estrés. Nuestros programas también ofrecen consejos, herramientas y un manguito para medir la presión arterial gratis a fin de tratar afecciones médicas, 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.</p> <p>Nuestros programas incluyen consejos sobre alimentación saludable, cómo tomar sus medicamentos y el ejercicio.</p> <p>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 ayudarle a usted a permanecer en buen estado. Algunos de estos programas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 pedido. <p>¿Cómo se inscribe?</p> <p>Recibirá automáticamente materiales educativos si se le diagnostica alguna de esas afecciones. Puede ser contactado por una enfermera o su coordinador de cuidados, quien trabajará junto a su proveedor y equipo de cuidados para brindarle el cuidado y consejo adecuados.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 le dé de baja de un programa en cualquier momento. <p>Molina Dual Options utiliza la siguiente información para identificar a los miembros para estos programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reclamos Farmacia Otros programas de administración de la salud 	
<p>Servicios de audición</p> <p>El plan cubre pruebas de audición y equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan también cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> pruebas de audición básicas y avanzadas asesoramiento sobre audífonos ajuste/evaluación de un audífono audífonos una vez cada tres años baterías y accesorios para audífonos reparación y repuestos de las piezas del audífono 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección del VIH</p> <p>El plan paga por un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección del VIH ● • tengan mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.</p> <p>Molina Dual Options está trabajando con el Estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois compartirá los datos de VIH de sus registros con las Organizaciones de Atención Médica Administrada de Medicaid de Illinois y Medicaid de Illinois para brindar una mejor atención a las personas que viven con VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, el estado del VIH, así como otra información se comparten de forma segura para todos los miembros de Medicaid.</p>	<p>\$0</p>
<p>Atención de agencias de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Se requiere una autorización previa después de la evaluación inicial y seis visitas médicas domiciliarias por año calendario.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>El plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados; • capacitación y educación de los miembros no incluidas ya en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar. 	




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado paliativo</p> <p>Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de centros de cuidado paliativo certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté obteniendo servicios en un centro de cuidado paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • servicios de cuidado de respiro a corto plazo • atención en el hogar, incluida la atención médica domiciliaria • servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla-lenguaje para controlar los síntomas • servicios de asesoramiento <p>Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>¿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.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: si necesita un cuidado distinto 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.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> vacuna contra la neumonía. inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesaria. vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. vacuna contra el COVID-19. otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. <p>El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en hospital para pacientes internados</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería de rutina • costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • fármacos y medicamentos • 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 del 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. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Para obtener más información sobre el trasplante y los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan para cada estancia hospitalaria.</p> <p>El plan cubrirá una atención psiquiátrica durante la internación médicamente necesaria en instituciones aprobadas.</p>	<p>\$0</p>
<p>Hospitalizaciones: los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de médicos • pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • apósitos quirúrgicos. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos Estos son dispositivos que: <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalizaciones: los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos), o ◦ sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios de Institución para enfermedades mentales (IMD) para personas de 65 años de edad o más</p> <p>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.</p>	<p>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 hogar de ancianos. 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.</p> <p>Los montos máximos de “pago del paciente” variarán de acuerdo al centro y al mes dependiendo de la tasa del centro específico y al número de días de cada mes.</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención médica <ul style="list-style-type: none"> ◦ debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirle. ◦ el plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o no puede atenderse con este de manera provisional. • tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales • capacitación en autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio • equipos y suministros para diálisis en el domicilio • ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una cita de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón <ul style="list-style-type: none"> ● si ahora fuma ● ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de comidas*</p> <p>Este programa está diseñado únicamente para mantenerle saludable y fuerte mientras se recupera después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (SNF), o si tiene una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un tiempo. Si califica, su coordinador de cuidados le inscribirá en el programa.</p> <p>También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su condición crónica.</p> <p>El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico y suministros relacionados</p> <p>Los siguientes tipos generales de servicios y artículos se hallan cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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), como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, andadores, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), humidificadores y dispositivos de asistencia para el habla (para encontrar una definición de “equipo médico duradero”, consulte tanto el Capítulo 12 como el Capítulo 3, Sección M 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 <p>Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa o criterios médicos.</p> <p>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.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan cubrirá las tres horas de los servicios de asesoramiento personal durante el primer año 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 asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dieta a largo plazo y • aumento de actividad física y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <p>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</p> <p>insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que la Terapia Progresiva sea necesaria para ciertos medicamentos.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 la Parte A de Medicare cuando recibió un 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) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: www.MolinaHealthcare.com También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	
<p>Transporte que no sea de emergencia</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare • ambulancia que no sea de emergencia • vehículo de servicio • taxi • eventos patrocinados por Molina 	<p>\$0</p>
<p>Atención en centros de enfermería (NF) y atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o habitación privada, si es necesario por razones médicas, mantenimiento y limpieza • comidas, incluidas comidas especiales, sustitutos alimentarios y suplementos nutricionales <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>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 hogar de ancianos. Sin embargo, puede que no deba pagar una suma por mes.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de enfermería (NF) y atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> servicios de enfermería y supervisión/control para el residente servicios del 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 hogar de ancianos, en cumplimiento normativo estatal y federal <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> una residencia para ancianos o una comunidad de cuidados continuados de jubilados en la que vivía antes de ingresar en el hospital (siempre que ofrezca cuidados de enfermería) una residencia de ancianos en la que viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital. 	<p>La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p>Los montos máximos de “pago del paciente” variarán de acuerdo al centro y al mes dependiendo de la tasa del centro específico y al número de días de cada mes.</p>
<p> Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>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 médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (OTP)</p> <p>Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD).</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión. • pruebas periódicas. • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • asesoramiento sobre el uso de sustancias. • terapia individual y grupal • detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas) 	<p>\$0</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos • pruebas de laboratorio • sangre, componentes sanguíneos y administración de los mismos • otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>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.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarle en el hospital. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/media/11101. • pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • suministros médicos, tales como férulas y yesos • evaluaciones preventivas y servicios preventivos listados en la Tabla de beneficios • algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica mental ambulatoria</p> <p>El plan cubrirá los servicios para la salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • una enfermera especializada (NP), • un auxiliar médico (PA), • un asesor profesional clínico autorizado (LPC), • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), • 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), ● • cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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 o acuerdos aplicables.</p>	
<p>Servicios de crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (ampliados)</p> <p>Además de los servicios de intervención en crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de intervención en crisis médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicio Móvil de Respuesta ante Crisis (MCR): el 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 un examen preventivo 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 aprobados 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (ampliados) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización de crisis proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio</p> <p>El plan cubrirá fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</p>	\$0
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan cubrirá la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Elementos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted obtiene \$60 cada trimestre para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por el plan.</p> <p>Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío y vendas.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 1-877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de artículos OTC. • Tarjeta de débito OTC: en las tiendas minoristas participantes. <p>Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2024 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de soporte de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC de 2024.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted obtiene \$60 cada trimestre para comprar elementos, productos y medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por el plan.</p> <p>Un trimestre, o periodo trimestral, dura 3 meses. Los periodos trimestrales para sus prestaciones OTC cubiertas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enero a marzo • abril a junio • julio a septiembre • octubre a diciembre <p>Los \$60 que obtiene cada trimestre vencen al final del período trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier suma no utilizada antes de que finalice el trimestre.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ consultorio del médico ◦ centro de cirugía ambulatoria certificado ◦ departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de cuidados primarios, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud ◦ asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • Cheques médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, • 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 	
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes 	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>El plan cubrirá un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos. También pagará para reparar o reemplazar los dispositivos ortopédicos.</p> <p>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.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>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 STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio 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.</p>	\$0
<p>Terapia progresiva</p> <p>Para obtener más información sobre la terapia progresiva y los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p>	\$0
<p>Servicios para el abuso de sustancias</p> <p>El plan cubrirá los servicios para abuso de sustancias proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de abuso de sustancias autorizado por el estado u • hospitales. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para el abuso de sustancias (continuación)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios médicamente necesarios para el abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 cuidados y coordinar otros servicios de desorden en el uso de sustancias. • servicios intensivos ambulatorios (grupales o individuales). • servicios de desintoxicación y algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo. 	<p>\$0</p>
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD) El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimiento de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero especializado/enfermero clínico capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte 	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica requerida urgentemente</p> <p>Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, ● • una enfermedad médica repentina, ● • una lesión, ● • una afección que requiere atención inmediata. <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. No obstante, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección oculta, pero no se trata de una urgencia médica).</p> <p>No se proporciona cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>
<p> Cuidado para la vista</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes anuales de la vista rutinarios <ul style="list-style-type: none"> ◦ anteojos (lentes y marcos) ◦ marcos limitados a un par en un periodo de 24 meses <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Cuidado para la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lentes limitados a un par en un periodo de 24 meses, pero podría obtener más cuando sea médicamente necesario, con aprobación previa • ojos artificiales hechos a la medida • dispositivos para visión reducida • lentes especiales y de contacto cuando sean médicamente necesarios, con aprobación previa <p>Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa o criterios médicos.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o mayores, e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. <p>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).</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para adultos durante el día</p> <p>El plan cubre las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted califica. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona atención personal • promueve el bienestar social, físico y emocional. 	<p>\$0</p>
<p>Vida asistida</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Habilitación – por día</p> <p>El plan cubre los servicios de habilitación durante el día, lo cual ayuda con la retención o mejoramiento de la autoayuda, socialización y habilidades de adaptación fuera del hogar si usted califica.</p>	\$0
<p>Comidas entregadas en el domicilio</p> <p>El plan cubre las comidas preparadas llevadas a su casa si usted califica.</p>	\$0
<p>Auxiliar médico domiciliario</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios de vendajes simples • asistencia con medicamentos • actividades para apoyar las terapias especializadas • atención médica rutinaria de dispositivos ortopédicos y ortóticos 	\$0
<p>Modificaciones en el hogar</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rampas • barras de sujeción • ampliación de la puerta de entrada 	\$0
<p>Servicio doméstico</p> <p>El plan cubre servicios de atención en el hogar proporcionados en su casa o comunidad, si usted califica. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un trabajador para ayudarle con lavandería • un trabajador para ayudarle con la limpieza • capacitación para mejorar sus capacidades de vida comunitaria 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de enfermería</p> <p>El plan cubre servicios por turno y servicios intermitentes de enfermería por una enfermera registrada (RN) o enfermera practicante con licencia (LPN) si usted califica.</p>	\$0
<p>Asistente personal</p> <p>El plan cubre un asistente personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria, si usted califica. Estas incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bañarse • alimentarse • vestirse • lavado de ropa 	\$0
<p>Sistema personal de auxilio en emergencias</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia si usted califica.</p>	\$0
<p>Cuidado de respiro</p> <p>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.</p>	\$0
<p>Equipos y suministros médicos duraderos especializados</p> <p>Si 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 vive. Los servicios podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elevador Hoyer • sillas/bancos para ducha • elevador para escaleras • barandas para camas 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapias</p> <p>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.</p>	<p>\$0</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

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

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por nuestro plan) utilizando su tarjeta médica de HFS.

E1. Cuidado paliativo

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

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D 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.

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

- 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 planal mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: si necesita cuidado no paliativo, llame a su administrador de casos 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 en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*), a excepción de las condiciones específicas indicadas. Incluso, aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no cubrirá los servicios. 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, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Servicios considerados como no justificados ni necesarios, de acuerdo con las normas 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. Consulte el Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es necesario desde el punto de vista médico y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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)
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia)



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta para usted y que usted obtiene de una farmacia o por pedido de correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y 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. Debe solicitarle al médico u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria le refirió.
2. La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
4. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos 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.
5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Tabla de contenidos

A.	Cómo surtir sus recetas médicas.....	105
A1.	Una farmacia de la red le surtirá su receta médica.....	105
A2.	Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica.....	105
A3.	Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red.....	105
A4.	Qué hacer si su farmacia se retira de la red.....	106
A5.	Cómo usar una farmacia especializada.....	106
A6.	Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos.....	106
A7.	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos.....	108
A8.	Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan.....	108
A9.	Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica.....	109
B.	Lista de medicamentos del plan.....	109
B1.	Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	109
B2.	Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	110
B3.	Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos.....	110
B4.	Categorías de la Lista de medicamentos.....	111
C.	Límites para algunos medicamentos.....	112
D.	Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	113
D1.	Obtener un suministro provisional.....	114
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	116
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	118
F1.	Si usted está internado en un hospital o centros de cuidado experto para una estancia cubierta por el plan.....	118
F2.	Si usted está en un centro de atención a largo plazo.....	118
F3.	Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	119



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G.	Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	119
G1.	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	119
G2.	Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos.....	120
G3.	Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	121



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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. Puede acudir 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 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. Mayo

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, o puede solicitarle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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

- 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 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 un resurtido 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 reposiciones.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su 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 médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, 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.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

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

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 14 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 a. m. a 8 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 resurtidos 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 recibe la receta de un proveedor de atención médica, le contacta a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en otro momento.

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

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido 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 nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se venza su receta médica actual para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de resurtido por correo, contáctenos 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.

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.

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 obtener información 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

En estos casos, le pedimos que primero se comuniqué con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar 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 obtener más información acerca de este tema, 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 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.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.
- Visitar 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.
- Comunicarse 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.
- Preguntarle a su coordinador de cuidados para averiguar si un medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.
- Utilizar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en www.Caremark.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

B3. Medicamentos que no están en 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 la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

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

Todo medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en una de tres (3) categorías. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos y de venta libre).

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

Para conocer en qué categoría se encuentra 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

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 sin éxito.

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

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

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o producto biosimilar intercambiable

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

2. Obtención de aprobación previa del plan

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

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, 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 Lista de medicamentos. Para obtener la 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 provisional

En algunos casos, el plan puede darle un suministro provisional de un medicamento cuando el medicamento 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, ○
- nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, ○
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
 - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
- Es nuevo en el plan.
 - Cubrimos un suministro provisional del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
 - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia escalonada o dosis limitada, cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. 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.

○

- 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, este a puede ayudarle a pedirla.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 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 la PA o la autorización previa para algún medicamento. (Una PA es la autorización que otorga 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:

- se incorpore al mercado un nuevo medicamento más económico y 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, ◦
- un medicamento sea retirado del mercado.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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
 -
- llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al (877) 901-8181, TTY: 711; de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8. p. m., hora local.

Algunos cambios a la Lista de medicamentos serán **inmediatos**.

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, se lanzan al mercado medicamentos genéricos nuevos que son tan efectivos como los medicamentos de marca 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 políticas o los límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de efectuar el cambio, pero le enviaremos información sobre los cambios específicos que hagamos cuando esto ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual.
- **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 no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplaza a un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos ◦
- Cambia las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Cuando estos cambios se efectúen, realizaremos lo siguiente:

- le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la Lista de medicamentos
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro de medicamentos de 31 días después de que solicite un resurtido.

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

- 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

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

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si descubrimos 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 o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarle 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). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 una determinada farmacia** 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. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

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 y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9)

El DMP puede no aplicar a usted si:

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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 Extra (Extra Help)” de Medicare para ayudarle a pagar por sus medicamentos con receta médica de Medicare Parte D.

Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A este programa de ayuda 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”. 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- o 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.
 - o En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
 - o 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.
 - o Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Tabla de contenidos

A.	La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	124
B.	Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	124
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	125
	C1. Las categorías del plan.....	125
	C2. Sus opciones de farmacia.....	126
	C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	126
	C4. Lo que paga usted.....	126
D.	Vacunas.....	127
	D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna.....	128



A. La Explicación de beneficios (EOB)

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

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

Cuando usted obtiene sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación 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 resumen indica los medicamentos recetados que recibió el mes anterior. 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 1º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Es el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

1. 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 SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su propio bolsillo.

2. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga la Explicación de beneficios por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

Con 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Incluir ejemplos como los siguientes:

- Los medicamentos del 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.

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

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 100 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

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

C4. Lo que paga usted

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo del plan Suministro de un mes o de hasta 100 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
Categoría 3 de costos compartidos (medicamentos recetados o medicamentos de venta libre [OTC] no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

D. Vacunas

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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.....	130
B. Cómo enviar una solicitud pago.....	132
C. Decisiones de cobertura.....	132
D. Apelaciones.....	133



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 132.

- 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 ayudarle. 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 usted ya ha pagado por el servicio, le haremos 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 del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si le dan alguna factura.

- Debido a que el plan Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando obtenga una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 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.

- 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, podríamos necesitar 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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:

Molina Dual Options
 ESCRIBA A Molina Healthcare Attn: Appeals and Grievance
 P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977 FAX (562) 499-0610
 SITIO WEB www.MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

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

C. Decisión de cobertura

Cuando 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 reembolso por un servicio de atención médica, visite la página 173.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, visite la página 178.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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 recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	135
B.	Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos.....	135
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	136
	C1. Cómo protegemos su PHI.....	137
	C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	137
D.	Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	145
E.	Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	146
F.	Su derecho a salirse del plan.....	146
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	147
	G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	147
	G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	148
	G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	149
H.	Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	149
	H1. Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.....	149
I.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	150



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Debemos asegurar que reciba **todos** los servicios de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de intérprete gratuitos para responder a preguntas en distintos idiomas. Esta llamada es gratuita.
- Nuestro plan también 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. Esto se llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes separadas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea 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 las solicitudes permanentes. 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 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 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 deberán 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 deberán llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 acudir a 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 de tiempo razonable.

Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.

Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.

- Usted tiene derecho a obtener servicios o cuidados de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (PA).
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

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

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

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

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.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

C1. Cómo protegemos su PHI

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

Con excepción a los siguientes casos, no damos su información Médica Protegida (PHI) a ninguna persona que no le proporcione atención médica o pague 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 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 examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle un cargo para hacer una copia de su historia clínica.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

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

Su privacidad

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina su PHI?

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

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

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

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

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

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

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra notificación de las normas de privacidad está en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestra página web en www.molinahealthcare.com. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las normas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901- 8181, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF ILLINOIS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

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

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

¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?

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

Para tratamientos

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

Para pagos

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

Para funciones de atención médica

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

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

- mejorar la calidad;
- realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma);



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

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

Requisitos legales

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

Salud pública

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

Supervisión de la atención médica

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

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

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

Cumplimiento de la ley

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

Salud y seguridad

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Funciones gubernamentales

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

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

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

Indemnización al trabajador

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

Divulgación con otros fines

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de la PHI (difusión de su PHI).**

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

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

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

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

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

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

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

- para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- a personas sobre su propia PHI;
- la información compartida con su autorización;
- la información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para el propósito de inteligencia; o
- como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (877) 901-8181, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

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

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

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of Illinois
 Attention: Director of Member Services
 2001 Butterfield Road, Suite 750
 Downers Grove, IL 60515



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

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

Este Aviso está sujeto a cambios

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

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Illinois

Attention: Director of Member Services

2001 Butterfield Road, Suite 750

Downers Grove, IL 60515

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 obtener un intérprete, simplemente llámenos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 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. Comuníquese con el 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 para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés 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 a. m. a 8 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
 - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 obligarle 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 plan Medicare-Medicaid
 - Medicare Original
 - Un plan Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D por medio de:
 - Un plan Medicare-Medicaid 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 con receta nuevo.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid por medio de:
 - Un plan Medicare-Medicaid diferente
 - El servicio de cobro por servicio de Medicaid o un plan de salud de servicios a largo plazo y apoyos (MLTSS) manejado por Medicaid

NOTA: 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Para elegir un plan de salud 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 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en un Plan MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no elige 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. 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

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 instrucciones anticipadas en Illinois, vaya al sitio 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, **consERVE 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o el hospital no siguió las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja llamando a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán 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 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 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

H1. Qué puede hacer si cree que le 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, recibirá ayuda si llama a:

- 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.
- Programa de Seguro Médico para personas mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán 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 deberán 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 Adultos Mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-206-1327. Esta llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.
- **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. Obtenga tanta información 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.
- Cumplir con las citas y llegar a tiempo.
- Si necesita transporte, llame a la línea de ayuda para el transporte de Molina Dual Options al (844) 644-6353 por lo menos con 3 días de anticipación siempre que sea posible. Si va a llegar tarde o va a cancelar su cita, póngase en contacto con la línea de asistencia de transporte de Molina Dual Options antes de la hora de recogida.
- **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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- **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 el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
 - 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 le podemos contactar.
- 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 para obtener ayuda si tiene preguntas o dudas. Esta llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 cuidados. **Si tiene algún problema con su atención médica, puede llamar a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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 Adultos Mayores para que le ayuden con orientación sobre su problema. La Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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.....	155
	A1. Información acerca de los términos legales	155
B.	A dónde llamar para pedir ayuda.....	155
	B1. Dónde obtener más información y ayuda	155
C.	Problemas relacionados con sus beneficios.....	156
	C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas.....	156



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

D.	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	157
	D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura.....	157
	D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura.....	158
	D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará.....	159
E.	Problemas sobre servicios, elementos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	161
	E1. Cuándo usar esta sección.....	161
	E2. Solicitar una decisión de cobertura.....	162
	E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	164
	E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	168
	E5. Problemas de pago.....	173
F.	Medicamentos de la Parte D.....	174
	F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	174
	F2. Qué es una excepción.....	176
	F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones.....	177
	F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción.....	178
	F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	181
	F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	183
G.	Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital.....	185
	G1. Obtenga información acerca de sus derechos de Medicare.....	185
	G2. Apelación del Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	186
	G3. Apelación del Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	188
	G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación.....	189



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.....	191
	H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura.....	192
	H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica.....	192
	H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica.....	194
	H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1.....	195
I.	Llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	197
	I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare.....	197
	I2. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicaid.....	197
J.	Cómo presentar una queja.....	198
	J1. ¿Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas?.....	198
	J2. Quejas internas.....	200
	J3. Quejas externas.....	201



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 ayudarle 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 Adultos Mayores

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores. La Línea de Ayuda para Adultos Mayores tiene un programa de mediador que puede responder sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar su problema. La Línea de Ayuda para Adultos Mayores no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarle a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono de la Línea de Ayuda para Adultos Mayores es 1-800-252-8966 TTY: 1-888-206-1327.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Puede llamar a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y el asesoramiento son gratuitos y están disponibles para usted independientemente de su edad. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa de seguro médico para ancianos (SHIP)

También puede llamar al Programa de seguro médico para ancianos (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. Los asesores de SHIP pueden ayudarle 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 de SHIP es 1-800-252-8966, y su sitio web es <https://ilaging.illinois.gov/ship.html> TTY: 711. La llamada y el asesoramiento son gratuitos.

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.

Recibir ayuda de Medicaid

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

Cómo obtener ayuda de la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Usted puede llamar a Livanta 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. El cuadro a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas para saber si determinados atención médica [artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B] tienen cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica).	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 157.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Avance a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 198.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluso problemas relacionados con pagos).

¿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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 a. m. a 8 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 Beneficios de Salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de Ayuda para Adultos Mayores** 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 Adultos Mayores 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 puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.

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”. También puede obtener el formulario en la página web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web <http://www.molinahealthcare.com/members/il/en-US/mem/duals/resources/info/Pages/forms.aspx>. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. 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”.
 - También puede obtener el formulario en la página web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado le 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 le ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección que aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 161** 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 174 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), 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 185 y 191.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- En ocasiones puede desestimarse una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien realiza la solicitud por usted, pero no proporcionó pruebas de que usted lo autorizó, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo y la forma en que se puede solicitar una revisión de la destitución. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- **En la Sección F de la página 174**, 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 aprobación o autorización previa (PA).
 - 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 185** 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 191**, 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 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si necesita más ayuda o información, llame a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco 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 162 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 164 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 164 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 reembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 173 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 164 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

NOTA: se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones G o H en las páginas 185 y 191 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 a. m. a 8 p. m., hora local.
- Usted puede enviarnos un fax al: (844) 251-1451
- Puede escribirnos a: Molina Dual Options

ATTN: Medicare Utilization Management
200 Oceangate Suite 100
Long Beach CA 90802

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, el plazo es de hasta 14 días calendario 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 calendario (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 calendario 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 rápido?

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 calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 de 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.
- Puede comunicarse con nosotros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o envíe un fax al (844) 251-1451. Si desea obtener información 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. Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por artículos médicos o servicios que usted aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de artículos médicos o servicios que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días calendario (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 la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite 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. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 198.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 pedirnos 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 Adultos Mayores 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 el asesoramiento son gratuitos.

¿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 averiguar 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.

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 calendario** 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 calendario 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 preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿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 a. m. a 8 p. m., hora local. Si desea obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar 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
Online: Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com
- Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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 completar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de destituir su apelación.

A fin de obtener un formulario para Nombrar un 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 nuestro sitio web en www.molinahealthcare.com/members/il/en-US/mem/duals/resources/info/Pages/forms.aspx.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. 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 calendario 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 168 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando 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.

¿Puede mi médico darme 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 cumplimos todas las normas al momento de **rechazar** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 15 días hábiles después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días calendario 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 calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explica el motivo. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 198.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días hábiles (o en un plazo de 7 días calendario 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 168.

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 calendario 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 168.

¿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 calendario 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 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. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 198.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 168.

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 168.

¿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 calendario 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 (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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

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 calendario** 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 CCP) 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	877-734-7429
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:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

CORREO	Department of Human Services Aging & Adult Services 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	800-435-0774 (Número de teléfono gratuito)
TTY	877-734-7429
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 hábiles 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 participar 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 hábiles 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 del 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 a. m. a 8 p. m., hora local.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario 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 le pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario 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 le pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario 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), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE **acepta** 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 calendario 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 del Nivel 2 fue enviada a la oficina de audiencia imparcial estatal, y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede hacer otra apelación por el mismo tema a la oficina de audiencia imparcial estatal. 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 del 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 169 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 197 para obtener más información sobre sus derechos de apelación de Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones del Nivel 2?

Tal vez.

- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por solo por Medicare, sus beneficios por ese servicio
- **no** continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante 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 calendario después de haber recibido la carta de la decisión del plan.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 calendario de la notificación 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 calendario 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿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 164. 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 calendario 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 calendario. 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 calendario.
- 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 168).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que 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 de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso en la Sección E de la página 161.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D? Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Nos solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
 - 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).
- 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).

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.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿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).	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la Sección F2 en la página 176. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 177 y 178.	Avance a la Sección F4 en la página 178.	Avance a la Sección F4 en la página 178.	Avance a la Sección F5 en la página 181.

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”.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 cubiertos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A veces, esto se denomina “autorización previa” [PA]).
 - 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 en ocasiones 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 profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.

Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 de la página 181 se indica cómo presentar una apelación si respondemos **No** a su solicitud.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros llamando al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 158 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.

Guía rápida: cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax o pregunte a su representante o médico u otro recetador. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días calendario.

- 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 los plazos de la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal 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 los plazos estándares, tanto **su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas**.

Si su médico u otro recetador nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- o Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 198.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días calendario.
- **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 de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.
- 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 a. m. a 8 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 calendario** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviarla por fax a nosotros. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 a. m. a 8 p. m., hora local.

El término legal de una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la 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”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se emplean para obtener una “decisión de cobertura rápida”, los que se detallan en la Sección F4 de la página 178.

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**.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario 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 calendario 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 calendario, o 14 días calendario si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario 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 calendario 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 de la Parte D

Si **rechazamos** su apelación, en la totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia

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 calendario** 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

del archivo de su caso llamando 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.

- 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.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la 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 la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para “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 calendario posteriores a recibir su apelación, o 14 días calendario si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si usted decide ir al Nivel 3 proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

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 prepararle para el día en que reciba el alta. También le 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. Obtenga información acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 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 deberán 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 a. m. a 8 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso 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 del 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 Livanta.

Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta 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.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 189.

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 a. m. a 8 p. m., hora local. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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.

¿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 “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

El término legal para esta explicación por escrito es **“Aviso detallado de alta”**.

También puede obtener una muestra comunicándose 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. 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 ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación del Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 calendario 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 los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, significa que su fecha de alta médica programada nos parece adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, puede tener que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 198, 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.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de la IRE es **Sí** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada por razones médicas.
- El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

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 sección describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- La atención 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 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.” En el aviso por escrito, se informa la fecha en la que detendremos su cobertura y 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 los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J de la página 198, 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 a. m. a 8 p. m., hora local. O llame a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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.

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.

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, TTY: (888) 985-8775.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para verificar si es adecuado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 195.

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 a. m. a 8 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es **“explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si 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 respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación es **No** y usted decide continuar recibiendo atención tras la finalización de la cobertura de dicha atención, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775. Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** 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 calendario de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

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.

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 el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en un
- centro de enfermería especializada o 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.

Si continúa recibiendo los 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.

El término legal para “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 este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 198, 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.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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.

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 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 Adultos Mayores 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 a 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Después de que haya concluido su apelación del 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 tipo de problemas deben abarcar las quejas

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas acerca de la privacidad

- Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options le trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

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 201.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 le han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un **“reclamo”**.

El término legal para “hacer una queja” es **“presentar una queja”**.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

- **Sí.** Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta por una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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 (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 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 calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.
- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Si nos llama, podemos devolverle la llamada para informarle nuestra respuesta. También puede solicitar que respondamos su queja por escrito.
- Si nos escribe, envíe su queja a Molina Dual Options Appeals and Grievances, P.O. Box 22816, Long Beach, CA 90801 o por fax al: (562) 499-0610.

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 calendario. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 también 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 le 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 deberán 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

Centro de Respuesta al Cliente
(800) 368-1019
FAX: 1 (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de derechos Humanos de Illinois. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Adultos Mayores 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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	204
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	205
C.	Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente.....	205
D.	Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado.....	205
	D1. Formas de obtener sus servicios Medicare.....	205
	D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid.....	207
E.	Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado.....	208
F.	Otras situaciones cuando acaba su membresía.....	208
G.	Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud.....	209
H.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	209
I.	Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan.....	210



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 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 recibió su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º 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 recibió su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º de octubre.

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la página 206.
- Los servicios de Medicaid en la página 207

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- 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 deberán llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de Seguro Médico para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.


NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Vea el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 
- Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 206 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 unirse a otro Plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- 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 deberán llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de cancelar su inscripción 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como, por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y el asesoramiento son gratuitos. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y el asesoramiento son gratuitos. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de seguro médico para ancianos (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-888-206-1327.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y el asesoramiento son gratuitos. <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid

Si abandonó el Plan Medicare-Medicaid, 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 (MLTSS) manejado por HealthChoice Illinois para obtener sus servicios de Medicaid.

Si no está en un centro de enfermería ni está inscrito en un programa de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS), continuará recibiendo sus servicios de Medicaid mediante la modalidad de pago por cada 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 servicios MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar 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 deberán llamar al 1-866-565-8576. Dícales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en un Plan MLTSS de HealthChoice Illinois.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si no elige 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.

Usted recibirá una Tarjeta de Identificación del Miembro nueva, un *Manual del Miembro* nuevo e información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* de su plan de salud de 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. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice las farmacias de nuestra red**, incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo, **para surtir sus recetas médicas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Molina Dual Options, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta médica.** 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 es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles 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 tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados. Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

- o Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
- o En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
- o 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.
 - o Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en contra de pedirle que deje el plan 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 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 a. m. a 8 p. m., hora local.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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.....	212
B.	Aviso de no discriminación.....	212
C.	Aviso sobre Molina Dual Options como un pagador secundario.....	212
	C1. Derecho de subrogación de Molina Dual Options.....	213
	C2. Derecho de reembolso de Molina Dual Options.....	213
	C3. Sus responsabilidades.....	213
D.	Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad.....	214



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 le protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No le 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 200 Independence Ave., S.W.

[Suite 509E](#), HHH Building Washington, D.C 20201

Llame al Centro de Respuesta al Cliente al (800) 368-1019

FAX 1 (202) 619-3818

TDD (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, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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.

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 de trabajadores

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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 1 (877) 907-8181, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: 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, incluyendo cómo presentar una apelación.

Producto biológico: medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original.

Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, con sujeción a las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 cuidados: un plan preparado por usted y su coordinador de cuidados, que describe las necesidades médicas, de salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Equipo de cuidado: 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 un reclamo”.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos cuando hablamos de toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Entrenamiento de competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

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).



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

Audiencia imparcial: una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Quejas: una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja 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 afiliado y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Auxiliar médico domiciliario: una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

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 servicios y apoyos a largo plazo incluyen Atención a largo plazo y Programas de exención de Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que le ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda Extra (Extra Help)”.

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 costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También 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.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: un programa Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Afiliado de Medicare-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, atención médica domiciliaria 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 recetado, vacunas y algunos 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos de la Parte D. 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 información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque 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.

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 los Capítulos 2 y 9 de este manual.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Determinación de organización: el plan tomó una determinación como organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto tiene usted que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro-por-servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D.”

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI): información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia médica. Consulte la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, utiliza y divulga su información médica protegida (PHI) y sobre sus derechos con respecto a esta.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para 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 acudir 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 (PA): una autorización previa es una aprobación de Molina Dual Options antes de que usted pueda recibir un servicio o medicamento específicos o recurrir 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. También puede ponerse en contacto con nuestro plan para obtener una autorización previa si desea la aprobación de un artículo o servicio

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que requieren PA están marcados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan una PA se indican 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Remisión: una remisión significa que su proveedor de cuidados primarios(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 acudir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. 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 ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Especialista: un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

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 los mismos 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.



Si tiene preguntas, llame a Molina Dual Options al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis. **Para más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (877) 901-8181, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. local time. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

SPANISH

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener ayuda de un intérprete, llámenos al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Una persona que hable español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

TRADITIONAL CHINESE

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 (877) 901-8181 聯絡，TTY: 711，服務時間為當地時間的週一到週五的上午 8 點至晚上 8 點。能說中文的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

SIMPLIFIED CHINESE

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何疑问，我们可以提供免费的口译服务解答您的疑问。若要获得口译服务，请致电我们，电话：(877) 901-8181，TTY: 711，周一至周五提供服务，服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点。说中文的人士会帮助您。这是免费服务。

TAGALOG

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming health o drug plan. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (877) 901-8181, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Makatutulong sa iyo ang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

FRENCH

Nous assurons gracieusement des services d'interprétariat afin de répondre à toute question que vous pourriez avoir sur votre santé ou plan de traitement. Pour obtenir l'assistance d'un interprète, il suffit de nous appeler au (877) 901-8181, TTY : 711, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (heure locale). Une personne parlant français pourra vous assister. Ce service est proposé sans frais.

VIETNAMESE

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (877) 901-8181, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Ai đó nói tiếng Việt có thể trợ giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

GERMAN

Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetscherdienste, um Ihre Fragen, die Sie möglicherweise zu unseren Gesundheits- oder Arzneimittelleistungen haben, zu beantworten. Wenn Sie mit einem Dolmetscher sprechen möchten, rufen Sie uns einfach an unter (877) 901-8181, TTY: 711, Montag – Freitag, 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (Ortszeit). Jemand, der Deutsch spricht, hilft Ihnen gerne weiter. Dies ist ein kostenloser Dienst.

KOREAN

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (877) 901-8181, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 문의하시기 바랍니다. 한국어 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

RUSSIAN

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане покрытия лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (877) 901-8181, телетайп: 711 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени. Вам поможет специалист, говорящий на русском языке. Эта услуга предоставляется бесплатно.

ARABIC

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (877) 901-8181، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ويمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

ITALIAN

Offriamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a qualsiasi domanda sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero (877) 901-8181, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 20.00 ora locale. Una persona che parla italiano potrà aiutarti. Si tratta di un servizio gratuito.

PORTUGUESE

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (877) 901-8181, TTY: 711, segunda – sexta, 8 a.m. até 8 p.m. horário local. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

FRENCH CREOLE

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (877) 901-8181, TTY: 711, Lendi – Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m. lè lokal. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

POLISH

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub dawkowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer (877) 901-8181, TTY: 711. Jest on dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polski. Ta usługa jest bezpłatna.

HINDI

हम आपके स्वास्थ्य या ड्रग प्लान से जुड़े किसी भी प्रश्न के लिए आपकी सहायता करने के लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं प्रदान करते हैं। दुभाषिया सेवाएं प्राप्त करने के लिए, बस हमें (877) 901-8181, TTY पर कॉल करें: 711, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे स्थानीय समय पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

JAPANESE

弊社の医療保険プランや処方薬プランについてお問い合わせいただく際に無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の場合は、(877) 901-8181 (TTY : 711) までお電話にてご連絡ください (営業時間 : 月～金、午前8時～午後8時)。日本語を話せるスタッフがお手伝いいたします。このサービスは無料をご利用いただけます。

