

2026

Manual del miembro

Molina One Care (HMO D-SNP)

Massachusetts H4371-001

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

Molina One Care (HMO D-SNP) *Manual del miembro*

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura médica y de medicamentos con Molina One Care (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

En este *Manual del Miembro*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, se le informa acerca de su cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Se explican los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (trastorno por abuso de sustancias y salud mental), la cobertura de medicamentos y los servicios y asistencia y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

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

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

Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

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

- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina One Care al (833) 775-1735, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana hora local. La llamada es gratuita.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo.
- Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Exenciones de responsabilidad

- ❖ Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- ❖ Conciencia sobre la Recuperación del Patrimonio: La ley federal exige a MassHealth (Medicaid) que recupere el dinero a partir del patrimonio de determinados miembros de MassHealth (Medicaid) que tengan 55 años o más o de cualquier edad y que reciban atención a largo plazo en una residencia para personas mayores u otra institución médica. Para obtener más información acerca de la recuperación del patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.
- ❖ En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender:
 - su prima del plan y la distribución de costos, no tiene que pagar la prima del plan ni la distribución de costos;
 - sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
 - el modo de presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
 - el modo de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
 - *otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.*
- ❖ Los beneficios podrían cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina One Care (HMO D-SNP), un plan médico que coordina todos sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), y su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

- A. Bienvenido a nuestro plan5
- B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid).....5
 - B1. Medicare5
 - B2. MassHealth (Medicaid)5
- C. Ventajas de nuestro plan6
- D. Área de servicios de nuestro plan7
- E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?8
- F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico8
- G. Su equipo de atención y su plan de atención9
 - G1. Equipo de cuidado9
 - G2. Plan de cuidado9
- H. Sus costos mensuales de Molina One Care (HMO D-SNP).....10
 - H1. Prima mensual de Medicare Part B10
- I. Este *Manual del Miembro*10
- J. Otra información importante que obtiene de nosotros.....11
 - J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro11
 - J2. *Directorio de proveedores y farmacias*12



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*.....12

J4. *La Explicación de Beneficios*13

K. *Cómo mantener su registro de membresía actualizado*13

K1. *Privacidad de su información médica personal (PHI)*14



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. Bienvenido a nuestro plan

Molina One Care (HMO D-SNP) es un plan de One Care: plan MassHealth (Medicaid) Plus Medicare. Un plan de One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), proveedores de salud mental, proveedores de trastornos por uso de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de atención médica. En un plan de One Care, un coordinador de cuidados trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Un coordinador de cuidados también le ayudará a administrar sus proveedores, servicios y apoyos. Todos ellos trabajan en forma conjunta para darle la atención que usted necesita.

El programa One Care es un programa operado por Massachusetts y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y MassHealth (Massachusetts Medicaid).

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

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

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

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es operado por Massachusetts y pagado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado decide:

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Medicare y la Mancomunidad de Massachusetts aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre que:

- sea elegible para participar en One Care;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y la Mancomunidad de Massachusetts nos permitan continuar ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este plan médico.**

Lo ayudaremos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor en conjunto para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede acudir a nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de cuidado constituido con su ayuda. Su equipo de cuidado puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- También puede optar por tener un Coordinador de Apoyo a Largo Plazo (LTS). Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo son para las personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos.
- Un coordinador de LTS le ayudará a encontrar y obtener el LTSS adecuado u otros servicios comunitarios o de salud conductual.
 - Tanto el Coordinador de cuidados como el Coordinador de LTS trabajan con su Equipo de cuidados para asegurarse de que reciba la atención que necesita.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de cuidado y su coordinador de cuidados.
- Su equipo de cuidado y el coordinador de cuidados trabajan con usted para desarrollar un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado se asegura de lo siguiente:
 - Que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted toma, para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener.
 - Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts:

Bristol
Essex
Hampden
Hampshire
Middlesex
Norfolk
Plymouth
Suffolk
Worcester

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- Tiene Medicare Part A y Medicare Part B.
- Es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos .
- es elegible para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth;
- no está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de MassHealth (HCBS); **y**
- no tiene otro seguro médico.

Si pierde la elegibilidad pero se espera que la recupere en un plazo de 30 meses, aún es elegible para nuestro plan. En el Capítulo 4, Sección C, se le informa sobre la cobertura y la distribución de costos durante este período.

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

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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de la salud (HRA), también conocida como evaluación integral, en un plazo de 90 días desde su inscripción en el plan.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y estado funcional, servicios y apoyos a largo plazo y determinantes sociales de las necesidades de salud. Además, las evaluaciones de riesgos para la salud cubren el estilo de vida y los comportamientos de salud, la atención preventiva y las pruebas de detección, las afecciones crónicas, la administración de medicamentos., la salud mental y emocional, la alfabetización y el autocontrol de la salud, los riesgos ambientales y de seguridad, y el acceso a la atención y los servicios médicos.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial en un lugar de su elección, una llamada telefónica o una consulta virtual.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Molina One Care (HMO D-SNP) es un nuevo plan para usted, puede continuar recibiendo la atención de sus médicos y sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su HRA y su Plan de atención individualizado (ICP). Esto se denomina período de continuidad de la atención. Si está tomando cualquier medicamento de Medicare Part D cuando se inscribe en nuestro plan, puede obtener un suministro provisional. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si fuera necesario.

Después de los primeros 90 días, deberá utilizar los médicos y otros proveedores de la red de Molina One Care (HMO D-SNP). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Consulte el **Capítulo 3** para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica de las redes de proveedores.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de cuidado

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita y desea. Este equipo puede incluir a su médico, al coordinador de cuidados o a otro personal médico de su elección. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán su plan de atención médica personalizada.

El coordinador de cuidados es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita y desea. Obtiene un coordinador de cuidados cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le puede derivar a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidados y su equipo de atención.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. El plan de atención les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- su lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que tenga y los pasos necesarios para abordarlos, **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la Evaluación de riesgos para la salud (HRA). Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

que puede considerar obtener. Su plan de atención se elabora según sus necesidades y metas. Usted estará en el centro del proceso de elaborar su plan de cuidado.

Cada año, su equipo de cuidado trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado en caso de que haya un cambio en los servicios médicos que necesita y desea. Su plan de cuidado también puede actualizarse a medida que sus objetivos o necesidades cambien durante el año.

H. Sus costos mensuales de Molina One Care (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene primas.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de Medicare Part B (**Sección H1**)
- Prima de Beneficios Suplementarios Opcionales (**Sección H2**).

H1. Prima mensual de Medicare Part B

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la **Sección E**, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y también tener Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los *miembros* de Molina One Care (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de Medicare Part A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de Medicare Part B. **Además, comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados e infórmeles sobre este cambio.**

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

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en el sitio web que aparece al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.


El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a nuestro plan, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

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

J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro

En nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Esta tarjeta se muestra cuando recibe cualquier servicio o receta médica. A continuación, encontrará un ejemplo de la Tarjeta de Identificación de Miembro:

	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">[BARCODE FOP]</div>
<p><Plan Name></p> <p>Member Name: <MemFIRST> <MemMI> <MemLAST></p> <p>Member ID: <Cardholder ID#></p> <p>Care Coordinator Phone: <(XXX) XXX-XXXX></p> <p>PCP Name: <PCP Name></p> <p>PCP Phone: <PCP Phone></p> <p>Issue Date: <IssueDate></p> <p><ContractNum></p>	<p style="text-align: center;">MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: <RxBIN#></p> <p>RxPCN: <RxPCN#></p> <p>RxGRP: <RxGRP#></p> <p>RxID: <RxID#></p> <p style="text-align: center;">MyMolina.com</p> <p>Member Services: <MS No> or TTY at 711 24-Hour Nurse Advice Line in English: <NAL No. EN> or TTY: 711 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: <NAL No. SP></p> <p><Care Connections: <(844) 491-4763> (TTY: 711)></p> <p>Vision: <(XXX) XXX-XXXX> Dental: <(XXX) XXX-XXXX> Transportation: <(XXX) XXX-XXXX></p> <p>Providers/Hospitals: For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above).</p> <p>Website: <MolinaHealthcare.com></p> <p>Submit Claims To:</p> <p>Medical/Hospital: <Claim Address Line 1>, <Claim Address City>, <Claim Address State> <Claim Address Zip> Please call Member Services (see above).</p> <p>Pharmacy: <PharmAddress Line 1>, <Pharm Address Line 2>, <Pharm Address City>, <Pharm Address State> <Pharm Address Zip> Please call Member Services (see above).</p>

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

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de MassHealth para obtener la mayoría de los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si exhibe su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación de Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Es posible que le soliciten exhibir su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos, o si necesita participar en estudios de investigación clínica (también denominados ensayos clínicos) aprobados por Medicare. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números al final de la página. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en el sitio web que aparece al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- En nuestra red se incluyen los siguientes proveedores:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios médicos en nuestro plan; **y**
 - agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. Usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron surtir recetas para los miembros de nuestros planes. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las pague.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos en esta lista



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Medicare Drug Price Negotiation Program se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Molina One Care (HMO D-SNP).

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

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

J4. La Explicación de Beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, gastaron en los medicamentos de Medicare Part D y la suma total que nosotros pagamos por cada uno de estos durante el mes. Esta EOB no es una factura. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede solicitar una EOB. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página para solicitar una copia o visite nuestro sitio web.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de distribución de costos. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador;
- cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil;
- admisión a un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable de usted); **y**,
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no tiene la obligación de informarnos acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes estatales y federales requieren que mantengamos su PHI en privado. Protegemos su PHI. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Departamento de Servicios para Miembros	16
B. Su Coordinador de Cuidados	20
C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)	21
D. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO).....	22
E. Medicare	23
F. MassHealth.....	25
G. Ombudsman	27
H. Long-Term Care Ombudsman Program	28
I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos	29
I1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare.....	29
J. Seguro Social	30
K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	31

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. Departamento de Servicios para Miembros

Tipo de contacto	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(888) 794-7268. Esta llamada es gratuita. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711. Esta llamada es gratuita. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	(310) 507-6186
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Departamento de Servicios para Miembros 1075 Main Street, suite 400 Waltham, Massachusetts 02451
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Tipo de contacto	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(888) 794-7268 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m., hora local. Si tiene preguntas sobre la salud o el manejo de cuidados, tenemos personal de enfermería disponible para responder a sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana al (866) 472-0601 NAL. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene disponibles servicios gratuitos de intérprete de idiomas.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tipo de contacto	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>7 días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m., hora local.</p> <p>Si tiene preguntas sobre la salud o el manejo de cuidados, tenemos personal de enfermería disponible para responder a sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana al (888) 794-7268.</p>

Tipo de contacto	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
FAX	<p>Diagnóstico por imágenes avanzado: (877) 731-7218;</p> <p>Trasplantes (877) 813-1206;</p> <p>Salud Conductual/Médica Ambulatoria (844) 251-1450;</p> <p>Pacientes hospitalizados (844) 834-2152;</p> <p>Recetas/Jcodes (866) 290-1309</p>
ESCRIBA A	<p>Molina Healthcare</p> <p>Attn: Coverage Request</p> <p>200 Oceangate, Suite 100</p> <p>Long Beach, CA 90802</p>
PÁGINA WEB	<p>MolinaHealthcare.com/Medicare</p>

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

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos o facturación.
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica.
 - Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos, o

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- La suma que pagamos por sus servicios médicos.
- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre su atención médica.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Quejas sobre su atención médica.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que ha recibido (consulte la **Sección F**).
 - Puede comunicarse con nosotros y describir su queja llamando al (888) 794-7268.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la **Sección A**).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o para presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman).
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos.
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Sus beneficios y los medicamentos cubiertos, o
- La suma que pagamos por los medicamentos.
- Esto aplica a sus medicamentos recetados de Medicare Part D y MassHealth, así como los medicamentos de venta libre de MassHealth.
- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre los medicamentos.
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.



B. Su Coordinador de Cuidados

Un coordinador de cuidados es un profesional de la salud responsable de organizar y administrar el camino de atención general de un afiliado. El coordinador de cuidados trabaja para nuestro plan, y se le asignará uno para que le brinde los servicios de cuidados y coordinación.

Tipo de contacto	Coordinador de cuidados – Información de contacto
LLAME AL	<p>(888) 794-7268. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.</p>
ESCRIBA A	<p>Molina Healthcare</p> <p>1075 Main Street Ste 400,</p> <p>Waltham, MA 02451</p>
PÁGINA WEB	<p>member.molinahealthcare.com</p>

Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos por abuso de sustancias y salud mental).
- Preguntas acerca del transporte
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios médicos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
- Preguntas sobre cómo obtener ayuda con alimentos, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- Preguntas sobre su plan de cuidado
- Preguntas sobre aprobaciones de servicios que sus proveedores han solicitado
- Preguntas sobre los beneficios de los Servicios Cubiertos Flexibles y cómo se pueden solicitar

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Massachusetts, SHIP recibe el nombre de SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

SHINE es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni con un plan médico) financiado por el gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Tipo de contacto	SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone) (SHIP de Massachusetts) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 <i>(solo en Massachusetts)</i> Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE de su área.
PÁGINA WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Comuníquese con el SHINE para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas acerca de Medicare
- Los asesores del SHINE pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
 - Comprender sus derechos.
 - Comprender sus elecciones de plan.
 - Responder a preguntas sobre el cambio de planes.
 - Presentar una queja sobre su atención médica o tratamientos.
 - Ayudarle a resolver problemas con las facturas.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

D. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

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

Tipo de contacto	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	1-855-843-4776 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	KEPRO QIO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
PÁGINA WEB	www.keproqio.com

Comuníquese con el KEPRO para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica,
- quejas sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
 - cree que su hospitalización finaliza 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 Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



E. 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. Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan

Tipo de contacto	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tipo de contacto

Información de contacto de Medicare

<p>PÁGINA WEB</p>	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de suministros y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios de prevención (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono de ayuda. <p>Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</p>
--------------------------	--



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

F. MassHealth

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

Además, existen programas que se ofrecen a través de MassHealth Standard (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado para Medicare Plus (QMB+):** MassHealth Standard (Medicaid) paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Part A y B. Usted recibe cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) de distribución de costos de Medicare y es elegible para los beneficios completos de MassHealth Standard (Medicaid).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados Plus (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y también es elegible para recibir los beneficios completos de MassHealth Standard (Medicaid).
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE):** en ocasiones las personas pueden calificar para la cobertura limitada de distribución de costos de Medicare y para los beneficios completos de MassHealth Standard (Medicaid).

Usted está inscrito en Medicare y MassHealth. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth, la información de contacto está a continuación.

Tipo de contacto	MassHealth Standard (Medicaid) – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
PÁGINA WEB	www.mass.gov/masshealth

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tipo de contacto	MassOptions – Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 MassOptions trabaja con un intérprete telefónico para las personas sordas, con problemas auditivos y dificultades del habla que desean comunicarse con nosotros.
PÁGINA WEB	massoptions.org/massoptions/contact-us/ Chat en línea disponible en el enlace que se encuentra más arriba.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

G. Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. Personal de My Ombudsman:

- Puede responder a sus preguntas o remitirle al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o inquietud con One Care o su plan One Care, Molina One Care (HMO D-SNP). El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y discutirá las opciones con usted para ayudar a resolverlo.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle a su plan One Care, MassHealth o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo realizar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o contáctelos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación y el horario de atención.

Tipo de contacto	Community Care Ombudsman Program – Información de contacto
LLAME AL	1-855-781-9898 (Número de teléfono gratuito)
MassRelay y videoteléfono (VP)	Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Videoteléfono (VP): 339-224-6831 Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4 th floor Boston, MA 02111
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
PÁGINA WEB	www.myombudsman.org

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



H. Long-Term Care Ombudsman Program

El Long Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información acerca de las residencias para personas mayores y a resolver problemas entre estas y los residentes o sus familias.

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan médico.

Tipo de contacto	Massachusetts State Long-Term Care (LTC) Ombudsman Program – Información de contacto
LLAME AL	617-222-7495



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare. (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

I1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para obtener Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario realizar otra acción para obtener esta Ayuda Extra (Extra Help).

Tipo de contacto	Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunice con el Seguro Social para informarle estos cambios.

LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.</p> <p>Puede usar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
PÁGINA WEB	<p>www.ssa.gov</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la RRB, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

Tipo de contacto	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m.</p> <p>Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
PÁGINA WEB	<p>www.rrb.gov</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Puntos de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP) – Información de contacto
<p>Access Care Partners 4 Valley Mill Road Holyoke, MA 01040 (413) 538-9020 accesscarepartners.org</p>
<p>AgeSpan 280 Merrimack Street Suite 400 Lawrence, MA 01843 (800) 892-0890 agespan.org</p>
<p>Aging Services of North Central Massachusetts 680 Mechanic Street Leominster, MA 01453 (978) 537-7411 agingservicesma.org</p>
<p>Boston Senior Home Care 89 South Street Lincoln Plaza Suite 501 Boston, MA 02111 (617) 451-6400 bshcinfo.org</p>
<p>Bristol Aging & Wellness, Inc. 1 Father DeValles Blvd., Unit 8 Fall River, MA 02723 (508) 675-2101 bristolelder.org</p>
<p>Central Boston Elder Services, Inc. 2315 Washington Street Boston, MA 02119 (617) 277-7416 centralboston.org</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Coastline Elderly Services, Inc.

863 Belleville Avenue
New Bedford, MA 02745
(508) 999-6400
coastlinenb.org

Elder Services of Worcester Area, Inc.

67 Millbrook Street
Suite 100
Worcester MA 01606
(508) 756-1545
eswa.org

ETHOS

555 Amory Street
Jamaica Plain, MA 02130
(617) 522-6700
ethocare.org

Greater Lynn Senior Services, Inc.

8 Silsbee Street
Lynn, MA 01901
(781) 599-0110
glss.net

Greater Springfield Senior Services, Inc.

66 Industry Ave.
Springfield, MA 01104
(413) 781-8800
gsssi.org

HESSCO Elder Services

545 South Street
Walpole, MA 02081
(781) 784-4944
hessco.org



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Highland Valley Elder Services, Inc.

320 Riverside Drive
Suite B
Florence, MA 01062
(413) 586-2000
highlandvalley.org

LifePath, Inc.

101 Munson Street
Suite 201
Greenfield, MA 01301
(413) 773-5555
lifepathma.org

Minuteman Senior Services

1 Burlington Woods Drive
Suite 101
Burlington, MA 01803
(781) 272-7177
minutemansenior.org

Mystic Valley Elder Services, Inc.

300 Commercial Street
Suite #19
Malden, MA 02148
(781) 324-7705
mves.org

Old Colony Elder Services, Inc.

144 Main Street
Brockton, MA 02301
(508) 584-1561
ocesma.org

SeniorCare, Inc.

49 Blackburn Center Gloucester, MA 01930
(978) 281-1750
seniorcareinc.org



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.

61 Medford Street
Somerville, MA 02143
(617) 628-2601
eldercare.org

South Shore Elder Services, Inc.

350 Granite Street
Suite 2303
Braintree, MA 02184
(781) 848-3910
sselder.org

Springwell, Inc.

Local de Waltham
307 Waverley Oaks Road
Suite 205
Waltham, MA 02452
(617) 926-4100
Local de Marlborough
33 Boston Poston Rd., West (Rte. 20)
Marlborough, MA 01752
(508) 573-7200
springwell.com

Tri-Valley, Inc.

10 Mill Street
Dudley, MA 01571
(508) 949-6640
trivalleyinc.org



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de cuidados, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para adquirir equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	40
B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan	40
C. Su coordinador de cuidados	42
C1. Qué es un coordinador de cuidados	42
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados o coordinador de apoyo a largo plazo.....	42
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados	43
D. Atención de proveedores.....	43
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	43
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	46
D3. Cuando un proveedor sale del plan	46
D4. Proveedores fuera de la red	47
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	48
F. Servicios de salud conductual (trastorno de salud mental y trastorno por abuso de sustancias).....	49

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



G. Cómo obtener atención médica autodirigida	49
G1. Qué es la atención médica autodirigida	49
G2. Quién puede tener atención médica autodirigida	50
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a los proveedores de atención personal (si corresponde)	50
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Atención que el miembro identifique.....	50
H. Servicios de transporte	50
I. Servicios de Dentales y para la vista.....	50
J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe	51
J1. Atención en una emergencia médica.....	51
J2. Atención médica requerida urgentemente	52
J3. Atención durante un desastre	53
K. Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos.....	54
K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	54
L. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	54
L1. Definición de estudio de investigación clínica.....	54
L2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	55
L3. Más acerca de los estudios de investigación clínica	55
M. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica	56
M1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.....	56
M2. Cómo obtener atención en una institución no médica religiosa.....	56
N. Equipo médico duradero (DME)	57
N1. DME como miembro de nuestro plan	57



N2. La propiedad del DME si se cambia a Medicare Original	57
N3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	58
N4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)	58



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios de salud conductual y LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** incluyen médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionen servicios y atención con licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico, y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como pago completo. Coordinamos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando usted visita a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth. Esto incluye salud conductual, los LTSS y los medicamentos recetados y de venta libre (OTC).

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

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, nos referimos a que los servicios son razonables y necesarios:
 - para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión;
 - para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones; o
 - que de otra forma sean necesarios por razones médicas según la ley de Medicare
- De conformidad con la ley y las normas de Medicaid y en lo que respecta a MassHealth, los servicios son necesarios por razones médicas si:

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento de afecciones, aliviarlas, corregirlas o curarlas; y que dichas afecciones pongan en peligro su vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen agravar una discapacidad, o tengan como resultado una enfermedad o dolencia; **y**
- no hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, tenga tan buen resultado y sea adecuado para usted que sea menos costoso. La calidad de los servicios necesarios desde el punto de vista médico debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos desde el punto de vista profesional, y los servicios necesarios desde el punto de vista médico también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.
- Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que suministra y supervisa su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarle antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP, o recibir atención de otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **derivación**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le deriva a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico.
 - No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la **sección D1** de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información, lea la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención médica de un proveedor que no trabaja con nuestro plan médico. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios que recibe. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un periodo breve o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no se encuentre accesible. Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

C. Su coordinador de cuidados

C1. Qué es un coordinador de cuidados

Un coordinador de cuidados es un profesional de la salud responsable de organizar y administrar el camino de atención general de un afiliado. El coordinador de cuidados trabaja para nuestro plan, y se le asignará uno para que le brinde los servicios de cuidados y coordinación.

Todas las personas que se inscriban en un plan de One Care también tienen derecho a tener un Coordinador de Apoyo a Largo Plazo (LTS) independiente en su equipo de atención.

Un Coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su plan One Care para hallar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus objetivos de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se denominan Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS). Los coordinadores de LTS también pueden ayudarle a acceder a los recursos y servicios de salud conductual.

Los coordinadores de LTS no trabajan para los planes de One Care. Proviene de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y los adultos mayores. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

Puede elegir que un coordinador de LTS trabaje con usted como miembro pleno de su equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados o coordinador de apoyo a largo plazo

Su coordinador de cuidados está para apoyar su camino de salud. Puede comunicarse con él de cualquiera de las siguientes maneras:

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



- **Teléfono:** Llame al **(888) 794-7268 (TTY: 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- **Envíe una solicitud a través del Portal para Miembros en línea:** Inicie sesión en member.molinahealthcare.com y envíe un mensaje seguro

Correo: 1075 Main Street Ste 400, Waltham, MA 02451

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados

Entendemos que a veces, un coordinador de cuidados diferente puede adaptarse mejor a sus preferencias o necesidades. Para solicitar un cambio:

- **Teléfono:** Llame al **(888) 794-7268 (TTY: 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- **Envíe una solicitud a través del Portal para Miembros en línea:** Inicie sesión en member.molinahealthcare.com y envíe un mensaje seguro
- **Correo:** 1075 Main Street Ste 400, Waltham, MA 02451

Todas las solicitudes se revisan con prontitud y los cambios se harán dentro de las 48 horas hábiles posteriores a la notificación.

D. Atención de proveedores

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

Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare o MassHealth (Medicaid), debe estar cubierta por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que provean esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



puede atenderse con este de manera provisional. La distribución de costos que paga por diálisis en el plan nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisional y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor. Como miembro de One Care, no tiene que pagar ningún deducible, copago ni coseguro.

Definición de PCP y lo que hace por usted

- Al convertirse en miembro de Molina Healthcare, deberá elegir un PCP o proveedor de atención primaria de nuestra red. Un PCP es un proveedor autorizado que cumple con los requisitos estatales y cuenta con la formación para brindarle atención médica básica. Los PCP son médicos, personal de enfermería especializado y asistentes médicos especializados en gerontología, medicina interna, medicina familiar o medicina general.
- Usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP.
- Su PCP también coordina el resto de los servicios cubiertos que usted recibe. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de especialistas, admisiones hospitalarias y cuidado de seguimiento. Coordinar sus servicios también incluye consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y desarrollo.
- En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros antes de que usted reciba los servicios. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se muestran qué servicios necesitan autorización previa del plan. Si su PCP determina que necesita un servicio que requiere autorización previa del plan, el PCP se comunicará con Senior Whole Health para obtener la autorización necesaria.
- Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe asegurarse de que toda su historia clínica anterior se envíe al consultorio de su nuevo PCP.

Su elección de PCP

Cuando se inscriba en Molina Healthcare, se le pedirá que seleccione un PCP que forme parte de la red de Senior Whole Health. Si el PCP que ve actualmente ya es parte de nuestra red, puede seguir viéndolo. Si no está seguro de si su PCP forma parte de nuestra red, podemos averiguarlo. Si no elige un PCP cuando se inscriba en Molina Healthcare, elegiremos uno por usted según sus preferencias de idioma y ubicación.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si cambia de PCP, es posible que esté limitado a determinados especialistas u hospitales con los que su nuevo PCP trabaje. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de avisar si está viendo a un especialista u recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP, como servicios de atención médica domiciliaria, equipo médico duradero o suministros. El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que pueda continuar recibiendo atención especializada y otros servicios que obtiene. También se asegurará de que el nuevo PCP esté aceptando nuevos pacientes.

El cambio a su nuevo PCP entrará en vigencia de inmediato. El Departamento de Servicios para Miembros actualizará su registro de membresía con su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía. A veces, los médicos pueden dejar nuestro plan. Si esto ocurre, tendrá que seleccionar otro PCP que esté en nuestra red. Si su PCP deja la red, le enviaremos una carta y le ayudaremos a elegir otro PCP para que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si no elige un nuevo PCP para el momento en que su anterior PCP abandona nuestra red, elegiremos uno por usted según sus preferencias de idioma y ubicación.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios cubiertos requeridos urgentemente que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas de rutina medicamente necesarias (como los controles anuales) a un proveedor, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o que nuestra red no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a dializarse mientras está lejos.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una derivación.

Si no está seguro de si necesita una remisión para obtener un servicio o utilizar otro proveedor, consulte a su coordinador de cuidados, PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 794-7268 (TTY 711).

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Su PCP es responsable de coordinar los servicios, lo que incluye enviarlo a usted a especialistas y otros proveedores de la red según corresponda. Cuando su PCP lo remite a especialistas de la red, incluidos especialistas en salud conductual, no se necesitan aprobaciones previas para las visitas al consultorio.
- Si necesita un procedimiento o un servicio que requiere autorización previa, su PCP o especialista se comunicará con nosotros para obtener las aprobaciones necesarias.
- Los servicios que requieren autorización previa se mencionan en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento. Algunos ejemplos incluyen cirugía electiva (que no es de emergencia), atención hospitalaria para pacientes internados, admisiones en un centro de enfermería especializada y atención médica domiciliaria.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su PCP para obtener una autorización previa para un servicio o una receta. También puede consultar la Sección 2.1 del Capítulo 4 para ver qué servicios requieren una autorización previa.
- Si necesita atención después del horario habitual de atención, llame a su PCP al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si cree que se trata de una emergencia, solicite atención médica de inmediato. Para obtener más información, consulte la Sección 3 en la página siguiente (Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de emergencia).

D3. Cuando un proveedor sale del plan

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

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



- Le notificamos cuando su proveedor abandone nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus demás proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de este o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no reemplazamos a su anterior proveedor con un proveedor calificado o que no administramos su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o MassHealth.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o MassHealth.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.



- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.
- Si necesita atención médica especializada que, según las disposiciones de Medicare o MassHealth (Medicaid), debe estar cubierta por nuestro plan y no hay proveedores en nuestra red que provean esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red. Esto puede incluir los servicios de un proveedor que está especialmente calificado para brindar el servicio en particular que usted necesita, así como los servicios prestados en un centro especializado o en un centro de excelencia, por ejemplo, servicios por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). No hay restricciones de beneficios adicionales que se apliquen fuera de nuestra red o área de servicio.
- Usted o su PCP deben comunicarse con nuestro plan para obtener autorización previa antes de solicitar atención de proveedores fuera de la red. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda (los números de teléfono están en la contraportada de este documento). Si le brindamos autorización previa para recibir atención de un proveedor fuera de la red, cubriremos estos servicios como si hubiese recibido la atención de un proveedor de la red.
- Es muy importante obtener una autorización previa de nuestro plan antes de consultar a proveedores fuera de la red. Si no cuenta con la aprobación del plan, es posible que Senior Whole Health no cubra estos servicios. Si el proveedor fuera de la red le solicita que regrese para recibir más atención, primero consulte para asegurarse de que la aprobación de nuestro plan cubra más de una visita al proveedor fuera de la red.
- Nota: los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencias o de necesitar servicios requeridos urgentemente. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) se refieren a una amplia gama de servicios médicos, personales y sociales proporcionados a personas que requieren asistencia durante un período prolongado debido a una enfermedad crónica, discapacidad o limitaciones funcionales. Estos servicios están diseñados para ayudar a las personas a realizar las actividades esenciales de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), promoviendo así su independencia, seguridad y calidad de vida.

Su coordinador de cuidados asignado llevará a cabo evaluaciones integrales de sus necesidades de salud y funcionales. Esta evaluación está diseñada para determinar su elegibilidad para Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS). En función de los resultados de la

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



evaluación, el coordinador desarrollará un plan de servicio personalizado adaptado a sus objetivos y preferencias específicos, identificando los apoyos y recursos adecuados para promover su seguridad, independencia y bienestar general. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados en cualquier momento para solicitar servicios.

Su Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC) asignado en su Punto de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP) asignado también realizará evaluaciones de sus necesidades funcionales y puede recomendar LTSS según sus necesidades. También puede comunicarse con su GSSC asignado en cualquier momento para iniciar una solicitud de LTSS. Su GSSC colaborará con su coordinador de cuidados en el plan y con usted para coordinar los servicios que pueda necesitar.

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

Los miembros pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener servicios de salud conductual. Su coordinador de cuidados también puede ayudarle a acceder a los servicios de salud conductual. Los miembros también pueden llamar a la Línea de ayuda de salud conductual de Massachusetts al (833) 773-2445.

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

Su coordinador de cuidados asignado llevará a cabo evaluaciones integrales de sus necesidades de salud y funcionales. Esta evaluación está diseñada para determinar su elegibilidad para la atención médica autodirigida y la capacidad, suya o de un representante, para administrar el programa. En función de los resultados de la evaluación, el coordinador desarrollará un plan de servicio autodirigido personalizado adaptado a sus objetivos y preferencias específicos. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados en cualquier momento para solicitar servicios.

Su GSSC asignado en su ASAP asignado también realizará evaluaciones de sus necesidades funcionales y puede recomendar atención médica autodirigida según sus necesidades. También puede comunicarse con su GSSC asignado en cualquier momento para iniciar una solicitud de atención médica autodirigida. Su GSSC colaborará con su coordinador de cuidados en el plan y con usted para coordinar la atención médica autodirigida.

G1. Qué es la atención médica autodirigida

La atención médica autodirigida le permite a usted o a alguien que usted designe como representante servir como su propio empleador y administrar sus propios servicios de cuidado personal.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



G2. Quién puede tener atención médica autodirigida

Las personas pueden ser elegibles para la atención médica autodirigida si cumplen con los criterios de elegibilidad específicos establecidos por el programa y tienen la necesidad funcional. Además, los participantes deben tener la capacidad de administrar las responsabilidades relacionadas con la dirección de su propia atención, incluida la contratación y supervisión de proveedores de servicios, o pueden designar a un representante calificado o sustituto para llevar a cabo estas tareas en su nombre.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a los proveedores de atención personal (si corresponde)

Su GSSC asignado en el ASAP designado, el Capacitador de Destrezas afiliado al ASAP o la Agencia de Administración de Atención Personal (PCM) pueden estar disponibles para ayudarle con el proceso de contratación de proveedores de atención personal. Este apoyo puede incluir orientación sobre la contratación, capacitación y gestión del personal de atención directa de acuerdo con las pautas del programa.

G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Atención que el miembro identifique

Puede solicitar una copia de todos los avisos por escrito que se envíen al

- **Teléfono:** Llame al **(888) 794-7268 (TTY: 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- **Envíe una solicitud a través del Portal para Miembros en línea:** Inicie sesión en member.molinahealthcare.com y envíe un mensaje seguro

Correo: 1075 Main Street Ste 400, Waltham, MA 02451

H. Servicios de transporte

ModivCare™ administra los beneficios de transporte médico que no es de emergencia de Molina Healthcare para los miembros. Esto incluye todos los niveles de capacidades de transporte, incluidos los servicios ambulatorios básicos y avanzados, de silla de ruedas, de camilla, para la vida. Solo debe utilizar un proveedor dentro de la red. Comuníquese con ModivCare al 1-844-544-1391 para coordinar los viajes. Llame para solicitar un viaje con, al menos, tres (3) días de antelación para asegurarse de que el transporte apropiado está disponible para su viaje.

I. Servicios de Dentales y para la vista

Para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted, puede buscar en línea en MolinaHealthcare.com/Medicare o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

J1. Atención en una emergencia médica

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

- Riesgo grave para su vida;
- Pérdida de las funciones corporales o grave daño en estas.
- Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una de ellas.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. **No** necesita la aprobación ni una derivación de su PCP. No es necesario que acuda a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios o fuera de Estados Unidos, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, informe al plan sobre su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si tarda en informarnos. Consulte la información de contacto en el dorso de su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

Cuando sufre una emergencia de salud conductual, los Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC) ofrecen servicios de crisis móviles, lo que significa que los equipos de crisis de los CBHC pueden ir directamente a usted. La Intervención de Crisis Móvil (MCI) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Comuníquese con el número gratuito al 877-382-1609 a cualquier hora del día o de la noche, escuche el mensaje e ingrese su código postal. Su llamada se transferirá automáticamente al CBHC más cercano, que realizará una evaluación de crisis inmediata.

La Línea de Ayuda de Salud Conductual de Massachusetts (BHHL) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conectarle con la atención de salud mental. Llame o envíe un mensaje de texto al (833) 773-2445. Visite el sitio web de BHHL en www.masshelpline.com.

Obtención de atención de emergencia si no era una emergencia

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que usted acuda a recibir atención de emergencia y el médico diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Cubrimos la atención médica si usted creía de forma razonable que su salud estaba en grave peligro.

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

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

J2. Atención médica requerida urgentemente

La atención médica requerida urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica requerida urgentemente en el área de servicio de nuestro plan

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

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red.
- Usted sigue las reglas que se describen en este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si no es posible ni razonable conseguir un proveedor de la red, debido al momento, lugar o circunstancia, nosotros cubriremos la atención médica requerida urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita ayuda para acceder a la atención médica de urgencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar los servicios que necesita. El número de teléfono se encuentra en el reverso de este documento y de su tarjeta de identificación del miembro.

Atención médica requerida urgentemente fuera del área de servicios de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá obtener la atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica requerida urgentemente que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas rutinarias a un proveedor médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Si está fuera de los Estados Unidos y busca atención para una emergencia médica que no puede esperar hasta que regrese, le reembolsaremos hasta \$10,000 por año si ocurre lo siguiente:

- Usted paga de su propio bolsillo en el momento de la prestación.
- Se determinó que la afección era en realidad una emergencia.

Consulte la fila “**Cobertura internacional de emergencia**” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 si desea obtener una lista completa de excepciones y limitaciones.

Envíe una solicitud de reembolso e incluya una copia de la factura pagada junto con los justificantes de su consulta de emergencia.

J3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: MolinaHealthcare.com/Medicare.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

K. Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos

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

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

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

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

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

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

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

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted paga el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de los beneficios utilizó.

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

L1. 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. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener aprobación de parte nuestra ni de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para inscritos por Medicare Original, le recomendamos a usted o a su coordinador de cuidados que se comuniquen con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.

L2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comidas por hospitalizaciones que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Si es parte de un estudio que Medicare **no ha** aprobado, usted paga cualquier costo derivado de la participación en el estudio.

L3. Más acerca de los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare y estudios de investigación clínica” (Medicare & Clinical Research Studies) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

M1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica es un lugar que provee atención que 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, cubrimos la atención médica en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.

Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de Medicare Part A (servicios de atención que no sean médicos).

M2. Cómo obtener atención en una institución no médica religiosa

Para recibir atención 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 o tratamiento que sea **voluntario y no exigido** por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que se exige** según la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención 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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación previa antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación **no** estará cubierta.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Se aplican los límites de cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 si desea obtener más información sobre los límites de la cobertura.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. DME como miembro de nuestro plan

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

Usted siempre es propietario de ciertos artículos DME, como los protésicos.

En el de Otro tipo de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuánto tiempo los haya alquilado.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página.

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

N2. La propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

N3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- 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.

N4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

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

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

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

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del 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 periodo de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo, se le informa acerca de los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite sobre dichos servicios. También se le informa acerca de beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	62
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	62
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	62
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	65
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	125
E1. Cobro por servicio de servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid)	126
E2. Servicios de agencias estatales.....	126
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)	126



A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre. 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** de este *Manual del miembro*. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

Puesto que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), usted no paga nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para conocer las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Departamento de Servicios para Miembros al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos dentro de la red. 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 cobra por un servicio.

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

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Allí se enumeran los servicios cubiertos por orden alfabético y su explicación respectiva.

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

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth.
- Los servicios (*que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos*) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



tratar una condición médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.

- Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días no podemos exigirle que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea atención de emergencia o requerida urgentemente o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Si se encuentra dentro del periodo de un mes de elegibilidad que se considera continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura de MassHealth (Medicaid) puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando finalice su cobertura de MassHealth (Medicaid), no pagaremos sus beneficios de MassHealth (Medicaid), incluida la distribución de costos de Medicare. Usted será responsable del monto de la distribución de costos del subsidio por bajos ingresos (LIS) por todos los medicamentos de la Parte D durante el período de consideración.

Durante este período, el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos recetados.** Obtiene Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, que es más beneficiosa que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos. Los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite www.Medicare.gov.

Los montos de distribución de costos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este periodo. Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para Medicaid




mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medicaid y su inscripción con nosotros continuará. Si recupera la elegibilidad para Medicaid después de que cancelemos su inscripción en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). En la Tabla de beneficios, marcamos en **negrita** los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (PA).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de una autorización previa (PA) para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención en función de los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.

La mayoría de los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.



D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal</p> <p>Pagamos solo una vez por un examen preventivo de ecografía para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Servicios de aborto</p> <p>Los servicios de aborto están cubiertos por el beneficio estatal de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura por lumbago crónico si muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Como se trata de un Molina One Care Plan, coordinaremos sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare</p>
--	--


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.




Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios médicos para adultos durante el día</p> <p>El plan cubre servicios de proveedores de salud durante el día para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería y supervisión de la salud • terapia • asistencia con las actividades de la vida diaria • servicios nutricionales y dietéticos • servicios de asesoramiento • actividades • administración de casos • Transporte <p>Los servicios médicos de día para adultos están cubiertos por su beneficio de MassHealth (Medicaid). Estos servicios se proporcionan en centros que pueden incluir servicios de enfermería y supervisión médica, asistencia con las actividades de la vida diaria, servicios nutricionales y dietéticos, servicios de asesoramiento, actividades en un sitio aprobado por MassHealth (Medicaid) y transporte hacia este y desde este. Su coordinador de cuidados puede ayudarle a obtener más información sobre estos servicios médicos de día para adultos e indicarle si podría calificar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se trata de un Molina One Care Plan, coordinaremos sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de cuidado suplente para adultos</p> <p>El plan cubre servicios de proveedores de cuidado suplente para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal • Supervisión • supervisión de enfermería 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p> Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagamos por una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes de él. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de atención primaria (PCP) capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención primaria.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). 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 atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En algunos casos que no son emergencias, es posible que paguemos por una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p> <p><i>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</i></p>
<p> Consulta preventiva anual</p> <p>Puede hacerse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cubiertas las consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p>
<p>Servicios de audiología</p> <p>El plan cubre los exámenes y evaluaciones del audiología (auditivos).</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Mediciones de masa ósea</p> <p>Pagamos por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan cubre los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos por un médico para que examine y opine sobre los resultados.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • una mamografía de detección cada 12 meses. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener un orden del médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</p> <p>Pagaremos por una consulta anual, o más de ser médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la consulta, es posible que su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hable sobre el uso de la aspirina; • controle su presión arterial; o • le dé consejos para asegurarse de que tenga una alimentación saludable. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagaremos por los análisis de sangre para determinar si existe una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también determinan si existen defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
 <p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer de cuello uterino una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios quiroprácticos de “rutina” médicamente necesarios · Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. Es posible que tenga cobertura adicional para servicios quiroprácticos en función de su beneficio de MassHealth (Medicaid). Como se trata de un One Care Plan, coordinaremos sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</p> <p>Otras afecciones pueden estar cubiertas por su beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Servicios de control y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

	<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>
---	--	--

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. 	
<p>Servicios de centros de salud comunitarios</p> <p>El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al <i>proveedor</i> de atención primaria y especialistas. • obstetra/ginecólogo y atención prenatal • servicios pediátricos, incluida la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y periódico (EPSDT) • educación para la salud • Servicios médicos sociales • servicios de nutrición, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica • servicios para dejar de consumir tabaco • vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios diurnos para la recuperación de habilidades</p> <p>El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de recuperación de habilidades diurnos si usted califica porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos y las actividades que le ayudarán a alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería y supervisión de la atención médica • capacitación en habilidades de desarrollo • servicios terapéuticos • habilidades para la vida/capacitación para vida diaria para adultos 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>El MassHealthDental Program ofrece determinados servicios dentales, incluidos limpiezas, empastes y dentaduras.</p> <p>Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de un órgano.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Su dentista presentará documentación, como radiografías y una descripción, para respaldar que los procedimientos son médicamente necesarios y cumplen las pautas clínicas aceptables para un pronóstico favorable.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa.</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Examen de detección de la depresión</p> <p>Pagamos por un examen de detección de depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que brinde tratamientos de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>
 <p>Examen de detección de diabetes</p> <p>Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes 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>Puede optar a un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluidos 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 la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas diabéticas que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida con el ajuste incluido (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad con horma incluida y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.</p> <p>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</p> <p>No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas. • Muletas. • Sistemas de colchones eléctricos. • Suministros para diabéticos. • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar. • Bomba de infusión intravenosa (IV) y tubo. • Dispositivos de asistencia para el habla. • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. • Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo. • Tracción cervical (puerta basculante). • Estimulador óseo. • Equipo para la atención de la diálisis. <p>Es posible que se cubran otros artículos.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</p> <p>Su beneficio de MassHealth (Medicaid) incluye cobertura de DME y suministros médicos.</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Pagamos 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>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • Son necesarios para la evaluación o el tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica constituye una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. La afección 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"> • Riesgo grave para su vida. • Daño grave en las funciones corporales. • Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; • un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se continúe cubriendo su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención para pacientes internados únicamente si nuestro plan aprueba su permanencia.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [IUC]/dispositivo intrauterino [IUD], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STI). • Asesoramiento y pruebas para detectar VIH, SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe ser mayor de 21 años de edad para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días antes, pero no más de 180 días antes, de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento sobre genética. <p>También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá acudir a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas. 	<p>\$0</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Guidado grupal suplente para adultos</p> <p>El plan cubre servicios brindados por proveedores de cuidado grupal suplente para adultos para miembros que califican. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda con apoyo grupal y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal • Supervisión • supervisión de enfermería • Administración de cuidados. 	\$0




Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una afección médica diagnosticada.</p> <p>Los programas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del asma. • Control de la depresión. • Control de la diabetes. • Control de la presión arterial alta. • Control de enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD). • Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) <p>Hay materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado disponibles. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor.</p> <p>Inscripción en programas de control de la salud:</p> <p>Se le inscribe automáticamente en los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia.</p> <p>También se puede inscribir a través de su proveedor o autorreferirse. Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse.</p> <p>Cancelación de la inscripción a programas de control de la salud:</p> <p>Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento. Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Control de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m. (hora local).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de audición, incluidos los audífonos</p> <p>Pagamos pruebas de equilibrio y audición realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provisión y dispensa de audífonos, baterías y accesorios • instrucción en el uso, cuidado y manejo de audífonos • moldes para la oreja • impresión de la oreja • préstamo de un audífono, cuando sea necesario <p>Como se trata de un Molina One Care Plan, coordinaremos sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) no paga más de un audífono por oído, por miembro, en un período de 60 meses sin autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Se requiere autorización previa para la reposición de audífonos o instrumentos antes de los 60 meses.</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Pagamos por un examen preventivo de VIH cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección de VIH; o • tengan mayor riesgo de infección por VIH. <p>Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” en esta tabla para conocer la distribución de costos relacionada con el equipo médico necesario y los suministros cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria</p> <p>El plan cubre los servicios de un asistente de atención médica domiciliaria, bajo la supervisión de un enfermero u otro profesional con licencia, para los afiliados que cumplan los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios de apósitos sencillos • Asistencia con medicamentos. • actividades para respaldar terapias especializada • cuidado de rutina de dispositivos protésicos y ortopédicos 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.




Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina. • Equipos, como una bomba. • Suministros, como un tubo o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME. • Monitoreo remoto. • 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. 	<p>\$0</p> <p><i>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>



<p>Cuidados paliativos</p> <p>Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidados de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos, o sobre los cuales tenemos una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidados paliativos, y cualquier servicio de la Parte A o de la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. <p>Para servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Part A o Medicare Part B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no estén cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Cubrimos los servicios que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i>. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original y no One Care pagan de su atención médica para pacientes terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Nota: si necesita un cuidado distinto de los cuidados paliativos, llame a su Coordinador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para coordinar los servicios. La atención distinta a los cuidados paliativos es aquella que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los miembros con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B. <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Enfermería independiente</p> <p>El plan cubre la atención de una enfermera en su hogar. La enfermera puede trabajar para una agencia de atención médica domiciliaria o puede ser una enfermera independiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Atención de salud conductual para pacientes internados</p> <p>Servicios para pacientes hospitalizados, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda • servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados • camas de observación/espera • servicios diurnos necesarios desde el punto de vista administrativo <p>Bajo este plan, no hay un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede tener en un centro de atención de salud conductual para pacientes internados.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias. • Medicamentos y medicinas. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Aparatos, tales como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días durante un periodo de beneficios para una hospitalización en virtud del beneficio de Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o a un SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales aceptan la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y elige obtener el trasplante allí, coordinamos o pagamos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Servicios del médico <p>Nota: para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta ficha técnica está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización.</p> <p>Brindamos beneficios por una estadía en un hospital psiquiátrico que supere el límite de 190 días de Medicare a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Hospitalizaciones: los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención durante la hospitalización no está cubierta, podemos pagar los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, tales como análisis 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, incluidos reemplazo o reparación de dichos aparatos. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo). ○ La función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en fase IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del miembro</i>, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede atender pacientes de manera provisional. • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. • Capacitación sobre autodiálisis, que incluye 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>Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si cumple con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años de edad. • Tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga por otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor aprobado. Si un proveedor opta por brindar asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisión conjunta sobre los exámenes de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	\$0
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si necesita tratamiento el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia</p> <p>El plan cubre el transporte que necesita por razones médicas que no sean emergencias.</p>	\$0
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio alimentario a largo plazo. • Aumento de la actividad física. • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Medicamentos de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Part B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios de un centro de cirugía ambulatorio, cuidado ambulatorio en un hospital o de un médico. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autoriza. • El medicamento contra el Alzheimer Leqembi® (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted no puede inyectarse el medicamento. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Se requiere autorización previa para algunos de estos medicamentos.</p> <p>Consulte la lista de medicamentos si desea obtener información. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Medicamentos de Medicare Part B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. Ciertos fármacos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. Medicamentos orales contra la náusea: Medicare cubre los medicamentos orales contra la náusea que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra la náusea por vía intravenosa. Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y los beneficios de la Parte B para la ESRD lo cubren. Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato según el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es medicamento necesario, y los anestésicos tópicos. Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Retacrit® o Aranesp®). <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.




Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Medicamentos de Medicare Part B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: MolinaHealthcare.com/Medicare.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas según Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D.</p> <p>En el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i>, se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>En el Capítulo 6 de este <i>Manual del miembro</i>, se explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.</p>	



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Centros de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibirla en el hogar, pero que no necesitan permanecer en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica. (Esto incluye sustancias que naturalmente están presentes en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Materiales médicos y quirúrgicos que suelen administrar los centros de enfermería. • Análisis de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen realizar los centros de enfermería • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Centros de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos/proveedores médicos. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • Beneficios para la vista. • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología <p>Por lo general, usted obtiene su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro para personas mayores o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja viva en el momento en que usted abandona el hospital. 	
<p> Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ingesta • Pruebas periódicas • Medicamentos aprobados por la 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 el cuerpo (pruebas toxicológicas). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>No se requiere autorización previa para medicamentos administrados en un Programa para Tratamiento de Opioides.</p>
<p>Servicios ortóticos</p> <p>El plan cubre los aparatos ortopédicos (no odontológicos) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para soportar o corregir la forma o función del cuerpo humano.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar una condición médica. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.</p> <p>Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p>
<p>Medicamentos para pacientes ambulatorios</p> <p>Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que paga por los medicamentos.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios de observación hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y el estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios) de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo los siguientes:</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 admitirlo en el hospital como “paciente internado”. ○ En ocasiones, puede permanecer una 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: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que 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 enumerados en la Tabla de beneficios. • Determinados medicamentos que usted no puede administrarse a sí mismo. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico o un psiquiatra autorizado por el estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un terapeuta profesional autorizado (LPC). • Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT). • Enfermeros practicantes (NP) • Un auxiliar médico (PA). • Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. <p>El plan cubre servicios que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento individual, grupal y de pareja/familia • Consulta sobre medicamentos • Evaluación de diagnóstico • Consulta familiar • Consulta de casos • Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados • Consulta de enlace para pacientes hospitalizados que continúan tratamiento ambulatorio • Tratamiento de acupuntura • Terapia de sustitución de opiáceos • Desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d) • Pruebas psicológicas 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Tratamiento de la drogadicción. • Asesoramiento individual o grupal de un clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial. • Servicios para tratar el abuso de alcohol y la drogadicción en un centro de tratamiento intensivo ambulatorio. • Tratamiento con liberación prolongada de naltrexona (vivitrol). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por servicios y cirugía ambulatorios en centros de salud para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria.</p> <p>El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, recargas y alquiler de equipos de oxigenoterapia.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de asistente de cuidado personal.</p> <p>Si usted cumple los requisitos, el plan cubrirá los servicios de un asistente de cuidado personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Estos incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Preparación de comidas y alimentación • Vestirse y asearse • Control de medicamentos • Trasladarse de un lugar a otro • Ir al baño. • Transferencia • Lavado de ropa • Servicios domésticos. <p>Estos servicios también incluyen servicios de asistencia personal, como señales y control.</p> <p>Puede contratar un trabajador usted mismo o utilizar una agencia que contrate uno por usted.</p> <p>Un trabajador puede ayudarle con las tareas prácticas. El plan también puede pagarle a un trabajador para que le ayude, incluso si no necesita ayuda práctica. Su equipo de cuidado trabajará junto a usted para decidir si este servicio es adecuado y estará en su plan de atención individualizado (ICP).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar la permanencia 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 acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: • Consultorio del médico. • Centro de cirugía ambulatorio certificado. • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Ciertos servicios de telesalud, entre los que se incluyen servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, servicios de podología, otros profesionales de la salud, sesiones individuales de servicios psiquiátricos, sesiones grupales de servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios del Programa de tratamiento de opioides, sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p>



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Las consultas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. ○ Nota: no todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. ○ Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar. ○ 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asiste a una consulta presencial 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 federalmente calificados. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ La revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; y ○ La revisión no deriva en una visita médica dentro de las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • 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 las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico). • Servicios de monitoreo en la oficina del médico o en un hospital para pacientes ambulatorios si usted está tomando medicamentos anticoagulantes, como Coumadin, Heparin o Warfarin. 	
<p>Servicios de médico, enfermero especializado y enfermera partera.</p> <p>El plan cubre los servicios de médico, enfermero practicante y enfermera partera. Estos incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio de atención primaria y servicios de especialistas • obstetra/ginecólogo y atención prenatal • capacitación para el autocontrol de la diabetes • terapia de nutrición médica • servicios para dejar de consumir tabaco 	\$0


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de podología</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B. 	<p>\$0</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años de edad, pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de tacto rectal. • Examen de un antígeno prostático específico (PSA). 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático (PSA) anual.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y órtesis. • 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>Pagamos por algunos materiales relacionados con dispositivos protésicos y ortóticos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos.</p> <p>Ofrecemos alguna cobertura después de la remoción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en este cuadro para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de intensidad moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p> Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica cualificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12.</p> <p>Medicare cubre hasta 100 días en un SNF durante cada periodo de beneficios. MassHealth (Medicaid) cubre todos los días adicionales. No es necesaria una hospitalización antes de que reciba atención en un SNF.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación. • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF. • Análisis de laboratorio realizados por SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. <p>Por lo general, usted obtiene atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro para personas mayores o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja viva en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p> Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicios médicos preventivos. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento incluye hasta cuatro consultas presenciales de asesoramiento. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>




Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>Pagamos por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos 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"> • Consistir en 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). • Llevarse a cabo en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio el consultorio del médico. • Estar a cargo de personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o un enfermero practicante/enfermero clínico especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo. 	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Programa de servicios de vivienda transitoria</p> <p>El plan cubre servicios proporcionados por un proveedor de servicios de vivienda transitoria para los afiliados que cumplan los requisitos. Estos servicios se brindan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de asistente de cuidado personal • supervisión de enfermería las 24 horas en el lugar • comidas • capacitadores de destrezas • asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, lavandería, compras, limpieza) 	<p>\$0</p>
<p>Atención médica requerida urgentemente</p> <p>La atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una no emergencia que requiera atención médica urgente. • Una enfermedad imprevista. • Una lesión. • Una afección que requiere atención inmediata. <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a proveedores fuera de la red cuando no pueda comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, el momento y lugar, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p>


Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p> Cuidado para la vista</p> <p>Pagamos por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de presentar glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos mayores de 50 años de edad. • Hispanoamericanos mayores de 65 años de edad. <p>Para las personas con diabetes, pagamos por la prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.</p> <p>Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular.</p> <p>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>Como se trata de un Molina One Care Plan, coordinaremos sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio.</p>

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicio cubierto	Lo que paga usted
 <p>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Cubrimos la consulta preventiva por una sola vez de “Bienvenida a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas). • Derivaciones 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 Part B. Cuando programe su cita, informe a la oficina del médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>
<p>Consulta preventiva</p> <p>El plan cubre controles preventivos. Esta tiene el propósito de elaborar o actualizar un plan de prevención.</p>	<p>\$0</p>

Además de los servicios generales, nuestro plan cubre servicios de atención médica conductual comunitarios. Estos a veces se denominan “servicios de salud conductual alternativos”. Estos son servicios que puede usar en vez de dirigirse a un hospital o centro para atender algunas necesidades de salud conductual. Su coordinador de servicios trabajará junto a usted para decidir si estos servicios son adecuados y estarán en su plan de atención individualizado (ICP).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios de salud conductual comunitarios (alternativos) que cubre nuestro plan	
<p>Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios intensivos controlados médicamente: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por abuso de sustancias • Servicios residenciales de alta intensidad para población específica administrados clínicamente * (consulte la Nota a continuación) • Servicios de estabilización clínica para trastornos por consumo de sustancias • Estabilización de crisis comunitaria • Programa de Apoyo Comunitario (CSP), que incluye CSP para personas sin hogar, CSP relacionado con la justicia y el Programa de CSP de protección de arrendamientos* • Intervención de en situaciones de crisis móvil para adultos (anteriormente Programa de servicios de emergencia [ESP]) • Servicios de rehabilitación residencial mejorados concurrentes para trastornos por abuso de sustancias • Servicios de hospitalización parcial (PHP) <ul style="list-style-type: none"> ○ El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o en un centro comunitario para la salud mental. Es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar la permanencia en el hospital. <p style="text-align: center;">Este servicio continúa en la siguiente página</p>	

* **Nota:** es posible que estos servicios no estén disponibles al comienzo del año del plan a través de su plan One Care. Si tiene preguntas, comuníquese con su plan One Care.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<p>Servicios de salud conductual comunitarios (alternativos) que cubre nuestro plan</p>	
<p>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios intensivos (IOP) y programas de IOP <ul style="list-style-type: none"> ○ El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en servicio ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ○ Un programa de IOP proporciona tratamiento multidisciplinario por tiempo limitado, integral y coordinado y está diseñado para mejorar el estado funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, ser una alternativa a una admisión en un servicio para pacientes internados o facilitar una reintegración rápida y estable en la comunidad después de un alta de un servicio para pacientes internados. • Programa de tratamiento asertivo comunitario (PACT) • Tratamiento psiquiátrico durante el día. • Asesoramiento para la recuperación. • Navegadores de apoyo a la recuperación • Servicios de rehabilitación residencial (RRS) para trastornos por abuso de sustancias, que incluye RRS para adultos, RRS para familias, RRS para adultos jóvenes, RRS mejorado concurrente (COE-RRS) • Programa estructurado contra adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP) • Programa mejorado estructurado contra adicciones para pacientes ambulatorios (E-SOAP) • Servicios de apoyo transitorio (TSS) para trastornos por abuso de sustancias <p>Nota: es posible que los servicios de TSS no estén disponibles al comienzo del año del plan a través de su plan One Care. Si tiene preguntas, comuníquese con su plan One Care.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nuestro plan también cubre servicios comunitarios para promover el bienestar, la recuperación, el autocontrol de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a no necesitar ir al hospital o del centro de enfermería. Su coordinador de servicios trabajará junto a usted para decidir si estos servicios son adecuados y estarán en su plan de atención individualizado (ICP).

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	
<p>Asistencia en transiciones de atención.</p> <p>El plan cubre servicios para ayudar en transiciones entre entornos de cuidado para los afiliados que cumplen los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de la información entre sus proveedores • Seguimiento después de su estadía en el hospital o en el centro • Educación sobre su estado de salud • Remisiones 	
<p>Trabajadores de salud comunitarios</p> <p>El plan cubre los servicios proporcionados por los trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud en su hogar o comunidad • Obtener los servicios que necesita • Asesoramiento, apoyo y pruebas de detección <p>Los servicios de un trabajador de salud comunitario significan que usted recibirá ayuda de alguien que abogará por usted y que entiende su cultura, necesidades y preferencias</p>	

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	
<p>Servicios diurnos</p> <p>El plan cubre actividades diarias estructuradas en un programa para ayudarle a aprender las destrezas que necesita para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las destrezas están diseñadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en actividades cotidianas • Capacitación en comunicación • Destrezas prevocacionales • Destrezas de socialización 	
<p>Control de medicamentos</p> <p>Si usted cumple los requisitos, el plan cubre los servicios de administración de medicamentos de un trabajador de apoyo. El trabajador de apoyo le ayudará a tomar sus medicamentos recetados y de venta libre. El servicio puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordatorios para que tome sus medicamentos. • Revisión del paquete del medicamento • Vigilar que tome su medicamento • Anotar cuándo toma su medicamento • Apertura de medicamentos y lectura las etiquetas por usted 	
<p>Apoyo/asesoramiento/navegación entre pares</p> <p>Si usted es cumple los requisitos, el plan cubre servicios de capacitación, instrucción y tutoría. Estos servicios le ayudarán a defenderse y participar en su comunidad. Puede obtener estos servicios de un especialista certificado.</p>	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de MassHealth (Medicaid).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



E1. Cobro por servicio de servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid)

Servicios de doulas

Los servicios de doulas están disponibles para miembros embarazadas. El cobro por servicio de MassHealth cubre hasta 8 horas de servicio de doula para miembros durante el período perinatal que abarca el embarazo, el trabajo de parto y el parto, hasta 12 meses después del parto, incluidos todos los resultados del embarazo.

Para las miembros que necesiten más de 8 horas de servicio de doula, se requiere una autorización previa.

Las doulas deben ser proveedores contratados de MassHealth (Medicaid).

E2. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y administración de casos específicos

Si recibe rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o administración de casos específicos del Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios de Desarrollo, sus servicios continuarán siendo proporcionados directamente por la agencia estatal. Sin embargo, Molina One Care (HMO D-SNP) ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su Plan de Atención Individualizado (ICP) general.

Habitación y comidas en un hogar de reposo

Si vive en un hogar de reposo y se une a One Care, el Departamento de Asistencia en la Transición seguirá siendo responsable de los pagos de su habitación y comida.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)

En esta sección, se describen los beneficios excluidos en nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagaremos por estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco.

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

No cubrimos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas indicadas. Incluso, aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no cubrirá los servicios. Si cree que nuestro plan debe cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Servicios considerados “no justificados ni médicamente necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y MassHealth, a menos que estos figuren en la lista de servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por este.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de personal de enfermería de tiempo completo en su domicilio
- Los honorarios cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.
- Entrega de alimentos a domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines estéticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagaremos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama con fines de simetría.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto según se describe en los Servicios de Podiatría en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para colocación de audífonos.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.
- Reversión de intervenciones de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA, le reembolsaremos al veterano la distribución de costos de VA.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

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

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

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

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

Como usted es elegible para MassHealth (Medicaid) Standard (Medicaid), califica para obtener la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare a fin de pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa Ayuda Extra (Extra Help), **es posible que cierta información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda a su caso.** Le hemos enviado un anexo por separado titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados* (también denominada

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que describe su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida la *Cláusula Adicional LIS*.

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

Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir su receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo derivó para que reciba atención.

Su recetador **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare o cualquier otra lista similar de Medicaid.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo.)

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, nosotros podemos cubrirlo al hacerle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Su profesional que le receta puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	132
A1. Surtido de su receta médica en una farmacia de la red	132
A2. Cómo usar su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando le surtan una receta médica	132
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	132

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	132
A5. Cómo usar una farmacia especializada	133
A6. Cómo utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener los medicamentos	133
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	135
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	135
A9. Cómo le reembolsamos una receta médica	136
B. <i>Lista de Medicamentos</i> de nuestro plan	136
B1. Medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	136
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	137
B3. Medicamentos no incluidos en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	137
C. Límites para algunos medicamentos	138
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	140
D1. Cómo obtener un suministro provisional	141
D2. Cómo solicitar un suministro provisional	142
D3. Cómo solicitar una excepción	143
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	143
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	146
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan	146
F2. En un centro de atención médica a largo plazo	146
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	147
G. Programas de seguridad y administración de medicamentos	147
G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos de forma segura	147
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	148
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	149



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Surtido de su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas médicas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

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

A2. Cómo usar su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, **exhiba su Tarjeta de Identificación de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento recetado cubierto.

Si no tiene su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o pídale 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. Luego, puede pedirnos 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 solicitarnos un reintegro, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, comuníquese 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 una renovación de una receta médica, puede pedir a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para obtener su medicamento 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, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

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

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedido de información sobre el surtido de recetas por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en <table-lookup>plandata.website</table-lookup>.

Por lo general, una receta médica por correo llega dentro de los siguientes 14 días. Si hay una necesidad urgente o si el pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta médica.

Procesos para pedidos por correo

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

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y envía automáticamente las nuevas recetas médicas que usted le solicita.

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

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

Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le enviará el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.

Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas de medicamentos recibidas directamente de la oficina de su proveedor de atención médica, comuníquese llamando al Departamento de Servicios para Miembros o visitando nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- La farmacia se comunica 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 el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su medicamento recetado actual se agote a fin de garantizar que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Informe a la farmacia la mejor forma de comunicarse con usted para que esta pueda contactarse con usted y confirmar el pedido antes de enviarlo.

A7. Cómo obtener un suministro 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 fármacos que usted toma en forma regular, por una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 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 a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir las recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, le pedimos que primero se comunique con su coordinador de cuidados o con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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.

A9. Cómo le reembolsamos una receta médica

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

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

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

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

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

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos recetados y de venta libre (OTC) y productos cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca y los productos biológicos originales; además, suelen ser menos

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



costosos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de Medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC son menos costosos que los medicamentos recetados y tienen la misma eficacia. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

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

- Visitar el sitio web de nuestro plan en MolinaHealthcare.com/Medicare. La *Lista de Medicamentos* que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Comunicarse con su Coordinador de Cuidados o el Departamento de Servicios para Miembros a fin de saber si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitar una copia de esta.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en Caremark.com para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* a fin de obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos no incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos*, debido a que la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Se les llama **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, es



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso particular, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación se indican tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

Además, por ley, ni Medicare ni MassHealth (Medicaid) pueden cubrir los tipos de medicamentos enumerados a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios producidos por una compañía que dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios

C. Límites para algunos medicamentos

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

Cuando un medicamento seguro y de menor costo tiene la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general, usted o su proveedor deben seguir algunos pasos adicionales para que los cubramos. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no permitir que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

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

1. Limitación en el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, está disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca o producto biológico original, pero, generalmente, su costo es inferior. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le dan, respectivamente, la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca o el producto biológico original si existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted o indicó “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtención de aprobación previa del plan

En el caso de algunos medicamentos, usted o su médico que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta médica. Esto se llama autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero un medicamento diferente

Por lo general, deseamos que utilice medicamentos de menor costo que tengan la misma eficacia antes de cubrir medicamentos de mayor precio. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y los costos del medicamento A son menores que los del medicamento B, podemos exigirle que intente usar primero el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona para usted, cubrimos el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia escalonada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener más información sobre la 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, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si algunas de las reglas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura con base en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento podría no estar en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podríamos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Cubrimos el medicamento, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el recetador tal vez quieran solicitarnos una excepción.

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

D1. Cómo obtener un suministro provisional

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- Ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- Nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- Actualmente está limitado de alguna manera.

2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

- Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.
 - Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden brindarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar desperdicios.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden brindarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 1 día, o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - 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 de la “Parte D” y que compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Para los medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) durante 90 días o hasta que se complete su evaluación integral y su plan de atención, o menos si su receta es por menos días.
 - Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 775-1735.

D2. Cómo solicitar un suministro provisional

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 a su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro.

Estas son sus opciones:

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Cambiar de medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que resulte eficaz en su caso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una lista de medicamentos que cubrimos y que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda resultarle eficaz.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no se encuentre en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene una buena razón médica para una excepción, podrán ayudarle a pedirla.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que usted está tomando se eliminará de nuestra *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera durante el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento por el próximo año de la manera que usted desea.
- Respondemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de respaldo del recetador).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura para el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Decidir si requiere o no aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada con respecto a un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas políticas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

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

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

¿Qué ocurre si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

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

- Consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual en línea en Molinahealthcare.com/medicare o
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen al final de la página para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que le afectan durante este año del plan

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Se encuentra disponible un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que tiene la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original que ya figura en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual. Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para obtener una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminarlo de inmediato de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios sucedan, nosotros haremos lo siguiente:

- Le avisaremos, por lo menos, 30 días antes de implementar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* ○
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 31 días del medicamento después de que pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Este le podrá ayudar a decidir lo siguiente:

- Si hay algún otro medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar ○
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma, que no se describen anteriormente, y que no lo afecten actualmente. En este caso, si está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que esté tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que le afectarán durante el año siguiente del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

F2. En un centro de atención médica a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos 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 forma 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 Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

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

- Puede estar inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requerir determinados medicamentos (p. ej., analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad) que el centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o proveedor de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- 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 cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finalice el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, entregue la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos.

Lea las partes anteriores de este capítulo en las que se indican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas de seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos de forma segura

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

- Pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar 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.
- Puede ser un error en la cantidad (dosis).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan dispone de un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En dichos casos, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si cumple los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

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

Luego, le dará:

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

Es una buena idea hablar con su recetador sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

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

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

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

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si consume medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus recetadores para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina podría no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o de benzodiazepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de un recetador en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un recetador o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué recetadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación.

Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador pueden presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una organización de revisión

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



independiente (IRO). (Para obtener más información acerca de las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted en los siguientes casos:

- Tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis.
- Recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales.
- Vive en un centro de atención médica a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid)

Introducción

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

- Medicamentos de Medicare Part D **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid; **y**

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), usted obtiene Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar por sus medicamentos de Medicare Part D.

Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos para reducir los costos de medicamentos de Medicare Part D como primas, deducibles y copagos. A este programa de Ayuda Extra (Extra Help) también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”). **Como miembro de One Care, MassHealth (Medicaid) cubre los costos del saldo que Medicare no cubre por los costos de los medicamentos de Medicare Part D.**

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

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

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - Nosotros la llamamos “*Lista de Medicamentos*”. Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* más reciente en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.
- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
 - Le indica cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Incluye las reglas que usted debe seguir. También se le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
- Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

A. La <i>Explicación de Beneficios (EOB)</i>	152
B. Cómo llevar el control de los costos de los medicamentos en MassHealth (Medicaid)	153
C. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?	155

A. La *Explicación de Beneficios (EOB)*

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Si bien usted tiene costos de los medicamentos de \$0, a continuación, se le brinda una descripción general de lo que puede esperar cuando revisa su EOB. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes médicos del empleador o sindicato, Servicios Médicos para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Sus costos totales por medicamentos.** Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos por medio del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes.** El resumen indica los medicamentos que recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nosotros pagamos, y lo que usted y otras personas que pagan por usted, pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el costo total de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

B. Cómo llevar el control de los costos de los medicamentos en MassHealth (Medicaid)

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

1. Utilice su Tarjeta de Identificación de Miembro.

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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

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

Estos son ejemplos de casos en los que debe entregarnos 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.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- 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 total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.**
4. **Revise las EOB que le enviemos.**

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

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Le entregaron medicamentos ese día?
- **¿Le entregaron los medicamentos que aparecían en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden los medicamentos con los que le recetó su médico?

¿Qué ocurre si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no le parece correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué sucede con los posibles fraudes?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no toma o cualquier otro dato que le parezca sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

C. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D se divide en dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de administrarle a usted la vacuna. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna. Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestros planes ofrecen para su vacuna.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	157
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	160
C. Decisiones de cobertura	161
D. Apelaciones	161



A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por sus medicamentos y servicios cubiertos después de que los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

No permitimos que los proveedores de Molina One Care (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios o medicamentos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla.

Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó por servicios que Medicare cubre, le reintegraremos su dinero.
 - Si pagó por servicios que MassHealth (Medicaid) cubre, no le podremos reembolsar su dinero, pero lo hará el proveedor MassHealth (Medicaid). El Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de cuidados lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte el final de la página para obtener el número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas. 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.

Entre los ejemplos de situaciones en las que usted necesita solicitarnos un reintegro o que paguemos una factura que usted recibió se encuentran los siguientes:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitarnos un reembolso. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si al proveedor se le adeuda un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
- Si ya pagó por el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

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

Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Es importante que exhiba su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios o le exigen que pague más que su parte de los costos. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Le reintegraremos el gasto por los servicios cubiertos.

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

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

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

4. Cuando surte un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

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

- Solo en unos pocos casos, cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite un reintegro.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.



5. Cuando paga el costo total de una receta médica de Medicare Part D porque no lleva consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro

Si no tiene su Tarjeta de Identificación de Miembro, puede solicitarle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica o volver a la farmacia con su Tarjeta de Identificación de Miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite un reintegro.
- Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta de Medicare Part D de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos)*, que aparece en nuestro sitio web, o que haya un requisito o una restricción que desconocía o que consideraba que no se aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
 - Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite un reintegro. En algunos casos, necesitaremos más información de su médico u otro recetador para efectuar el reintegro por el medicamento. Es posible que no le reintegremos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 el servicio o medicamento debe estar cubierto, lo pagamos.

Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

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

Debe enviarnos su información dentro de un (1) año calendario posterior a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (MolinaHealthcare.com/Medicare) o bien llamar al Departamento de Servicios para Miembros y solicitarlo.

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

Reembolsos de servicios médicos (Parte C):

Molina One Care

Attn: Departamento de Servicios para Miembros

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

O envíe un fax al (310) 507-6186

Reembolsos de medicamentos recetados (Parte D):

Molina One Care

Attn: Pharmacy Department

7050 Union Park Center, Suite 200

Midvale, UT 84047



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted 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. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado, le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*, se detallan las normas para obtener los medicamentos cubiertos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o el medicamento, le enviamos una carta en la que se explican las razones. En la carta, también se le explican sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

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

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos específicos. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*:

- Para presentar una apelación sobre como recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se incluyen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	163
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	163
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	164
C1. Cómo protegemos su PHI.....	165
C2. Su derecho a ver su historia clínica	165
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	165
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	167
F. Su derecho a dejar nuestro plan.....	167
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	167
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones.....	167
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	168
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	169
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	169
H1. Qué puede hacer si recibe un trato injusto o si desea obtener más información sobre sus derechos.....	170
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	170

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Le informaremos sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que forme parte de nuestro plan.

- Para recibir la información en un formato que pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos que están a disposición para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés, incluido el español, y en formatos tales como letra grande, sistema braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o escriba a Molina Healthcare, 1075 Main Street, suite 400, Waltham, Massachusetts 02451.

Si tiene problemas para entender información de nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.
 - Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla.
 - Use el videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.
- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como un miembro de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Tiene el derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre cuáles son los tipos de proveedores que pueden desempeñarse como un PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una derivación. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo razonable, debemos pagarle la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (Prior Approval, PA).
- Tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que usted puede hacer si cree que no está obteniendo sus servicios o medicamentos dentro de un periodo razonable. También se le indica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Protegemos su información de salud protegida (PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus historias clínicas y otra información médica y de salud.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

C1. Cómo protegemos su PHI

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

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

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

- Debemos divulgar PHI a agencias gubernamental que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Debemos divulgar PHI por orden de un tribunal.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realiza de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus historias clínicas. Si nos solicita que hagamos esto, trabajamos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse cambios.
- Usted tiene derecho a conocer si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos por cualquier motivo que no fuera de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, ofrecemos servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga acerca de nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicios para

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos proporcionarle información en formato de audio, en sistema braille o en letra de molde grande.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
 - Información financiera.
 - Cómo los miembros del plan nos han calificado.
 - El número de apelaciones que presentaron los miembros.
 - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir proveedores de atención primaria o cambiarlos.
 - Calificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) que cubre nuestro plan.
 - Límites en su cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - Indicar por escrito el motivo por el cual un servicio no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que hemos tomado.
 - Pagar una factura que usted recibió.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos un monto menor al que cobró el proveedor. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

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

- Tiene derecho a obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D de un plan de medicamentos recetados o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*.
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones con respecto a su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Debemos informarle con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Obtener una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Decir no.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no le retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se negó a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Solicitaros que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitaros una decisión de cobertura.

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

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

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

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

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el formulario.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



- **Llenar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesitan saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que nombra para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.
- Si usted será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia de esta al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se adjunte a su historia clínica.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de si firmó una directiva anticipada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones que se encuentran en ella, puede hacer una queja llamando al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Unidad de Quejas de la División de Calidad de la Atención Médica al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un médico individual, llame a la Junta de Registro en Medicina al 1-781-876-8200.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el Capítulo 9 de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué puede hacer si recibe un trato injusto o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente, y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al número de teléfono. Para obtener más detalles sobre SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), consulte el **Capítulo 2**.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (número de teléfono gratuito), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.
 - Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla.
 - Use el videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.
 - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a abordar inquietudes o conflictos con su inscripción en One Care o su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” [Medicare Rights & Protections], que se encuentra en el sitio en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5: p.m. (TTY: 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de cumplir con lo que se detalla a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Departamento de Servicios para Miembros.

- **Leer este *Manual del Miembro*** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le indican lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Exhibir su Tarjeta de Identificación de Miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
 - Proporcionarles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Conocer tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Seguir las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegurarse de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en la oficina de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Molina One Care (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de Medicare Part A y su prima de Medicare Part B.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (833) 775-1735, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*, se le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo especial de inscripción, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia si tiene preguntas o inquietudes.**



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

Introducción

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

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento por el que su plan indicó que no pagará.
- Si usted no está de acuerdo con una decisión que su plan tomó acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos concluyen demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente información sobre qué hacer con respecto a su problema o inquietud.

Si enfrenta un problema con sus servicios

Usted debe recibir los servicios médicos, servicios de salud conductual, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que son necesarios para su cuidado atención parte de su Plan de Atención Individualizado (ICP). **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898, o al videoteléfono [VP] 339-224-6831).** En este capítulo se explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero también puede llamar al My Ombudsman para que le ayude con su problema. Para obtener recursos adicionales que le permitan abordar sus inquietudes y las formas de comunicarse con este, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre My Ombudsman.



Índice

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	176
A1. Información acerca de los términos legales.....	176
B. Dónde obtener ayuda	176
B1. Para obtener más información y asistencia	176
C. Comprender las quejas de Medicare y MassHealth (Medicaid), y las apelaciones en nuestro plan	178
D. Problemas con sus beneficios	178
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	179
E1. Decisiones de cobertura	179
E2. Apelaciones	180
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	180
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	182
F. Atención médica	182
F1. Cómo utilizar esta sección	182
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	183
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	186
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	190
F5. Problemas de pago	194
G. Medicamentos de Medicare Part D	196
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D	196
G2. Excepciones de Medicare Part D.....	197
G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción.....	198



G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	199
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	202
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	204
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada	206
H1. Cómo conocer acerca de sus derechos de Medicare.....	207
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	208
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	210
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos.....	210
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	211
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	211
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	213
J. Cómo lograr que su apelación trascienda el Nivel 2	214
J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare	214
J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid).....	215
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D	216
K. Cómo presentar una queja	217
K1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas	217
K2. Quejas internas.....	220
K3. Quejas externas.....	221



A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo, se explica cómo abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también denominadas quejas formales).

Para garantizar un trato justo y rápido, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información acerca de los términos legales

En este capítulo, se incluyen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que, cuando podemos, usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE).

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

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y asistencia

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Los asesores del SHINE pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer con respecto a su problema. El SHINE no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El SHINE ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es el 1-800-243-4636 y su sitio web es <https://www.mass.gov/info-details/serving-the-health-insurance-needs-of-everyone-shine-program>. TTY (personas sordas, con dificultades de audición o del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).

Ayuda e información de Medicare

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

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar a Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid) directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas.

Llame al 1-800-841-2900. TTY (personas sordas, con dificultades de audición o del habla): 711.

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier inconveniente o problema con su plan One Care. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. Podrá encontrar información sobre My Ombudsman en el **Capítulo 2**. Personal de My Ombudsman:

- Puede responder a sus preguntas o remitirle al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o inquietud con One Care o su plan One Care, Molina One Care (HMO D-SNP). El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y discutirá las opciones con usted para ayudar a resolverlo.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle a su plan One Care, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo realizar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o postal, o visitar My Ombudsman en su oficina.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831.
- Correo electrónico info@myombudsman.org
- Escriba a la oficina de My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
 - Consulte el sitio web de My Ombudsman o contáctelos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, citas y el horario de atención.
- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org

C. Comprender las quejas de Medicare y MassHealth (Medicaid), y las apelaciones en nuestro plan

Usted tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (beneficios de Medicaid). Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de MassHealth (Medicaid). En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica

Sí.	No.
<p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

En el proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones se encuentran problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Con fines de simplificación, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o el servicio derivado nunca está cubierto en ninguna circunstancia (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto para usted por parte de Medicare o MassHealth (Medicaid). Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

En caso de no estar satisfecho con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las reglas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, se encargan de su apelación.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, usted puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada, o bien una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de la atención médica de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes opciones:

- **Departamento de Servicios para Miembros** a los números que figuran al final de la página.
- Llame al su Coordinador de Cuidados.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Llame, envíe un correo electrónico o postal, o visite **My Ombudsman**.
 - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831.
 - Correo electrónico info@myombudsman.org
 - Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.
 - Escriba a la oficina de My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
 - Consulte el sitio web de My Ombudsman o contáctelos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, citas y el horario de atención.
- **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP recibe el nombre de SHINE. La SHINE es una organización independiente. No está asociada con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (personas sordas, con dificultades de audición o del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no necesita tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Contrate a su propio abogado o solicite uno en la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos.

Si desea que un abogado o alguien más lo represente, deberá llenar el formulario para Nombramiento de Representante. Mediante el formulario, le otorga permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario para “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario en la página web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Le damos los detalles de cada una en una sección diferente de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F:** “Atención médica”
- **Sección G,** “Medicamentos de Medicare Part D”
- **Sección H,** “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo”
- **Sección I:** “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos”. (Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

F. Atención médica

En esta sección, se describen los pasos que debe seguir si tiene algún problema para recibir cobertura de atención médica o si quiere solicitar un reintegro por su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse diferentes reglas a un medicamento de Medicare Part B: En esos casos, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de Medicare Part B de las normas para los artículos y los servicios médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones a continuación:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagamos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea solicitar que le demos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le reintegremos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**

- Se aplican reglas especiales si la cobertura es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte la **Sección** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que implican reducir o interrumpir su cobertura de cierta atención médica, consulte esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de organización integrada**.

Para solicitar una decisión de cobertura, usted, su médico o su representante pueden comunicarse de la siguiente manera:

- Llame al: (888) 794-7268, TTY: 711.
- Envíe un fax a: (866) 290-1309.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Escriba a:

Molina Healthcare

Attn: Coverage Request

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informamos nuestra decisión, aplicamos los plazos “estándares”, a menos que aceptemos aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio médico o artículo sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los otros** servicios o artículos médicos.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un** medicamento de Medicare Part B.

En el caso de un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red). Si extendemos el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días adicionales si su solicitud es sobre un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le damos una respuesta:

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico.**
- **24 horas** después de recibir su solicitud de **un medicamento de Medicare Part B.**

En el caso de un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información (como historias clínicas elaboradas por proveedores fuera de la red) que lo podría beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si extendemos el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tardar más tiempo si su solicitud es sobre un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** extender el plazo para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar cobertura para artículos o servicios médicos **que no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura con respecto al pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar las fechas límite estándares **puede causar graves daños a su salud** o dañar su capacidad de funcionar.

Le brindaremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar. En la carta, se le indica lo siguiente:
 - Si su médico la solicita, le brindamos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.
 - Cómo presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si contestamos **negativamente**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presente una apelación para solicitarnos de manera formal que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los siguientes son algunos ejemplos de casos en que se descarta una solicitud:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión recibe el nombre de “apelación”. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898, o al videoteléfono [VP] 339-224-6831). My Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al (888) 794-7268.

- Si su médico u otro recetador solicita que se continúe un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlo su representante para que actúe en su nombre.



- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de Representante en el que autorice a esa persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, haremos lo siguiente:
 - Desestimamos su solicitud.
 - Le enviamos un aviso escrito en el que se expliquen sus derechos de solicitar a la Organización de Revisión Independiente (IRO) que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple el plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal de “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le brindaremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una apelación rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares. En la carta, se le indica lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Si su médico la solicita, le brindamos una apelación rápida automáticamente.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le dijimos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o los elementos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o elementos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar las medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, podrá recibir el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen fechas límite para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.



- Si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos dedicar tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o hacia el final los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Estatal de Nivel 2 al estado en cuanto se venza el plazo.
- **Si aprobamos su solicitud o parte de ella**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella**, le enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos dedicar tiempo adicional para tomar la decisión.



- Si considera que **no deberíamos** extender el plazo, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo o hacia el final de la extensión que solicitamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Estatal de Nivel 2 al estado en cuanto se venza el plazo.

Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** toda su solicitud o parte de ella, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si **rechazamos** su solicitud o parte de ella, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o elemento de MassHealth (Medicaid), se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indicará si Medicare, MassHealth (Medicaid), o ambos programas, suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que, en general, es cubierto por Medicare, enviamos de manera automática su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que, en general, es cubierto por MassHealth (Medicaid), usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. En esta carta, se le indicará cómo hacerlo. Asimismo, incluimos más información después en este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si su problema es sobre un servicio o artículo que puede estar cubierto por **Medicare y MassHealth (Medicaid)**, recibirá de manera automática una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si fue aprobado para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en la apelación pueden continuar también durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones del Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, solo está cubierto por MassHealth (Medicaid), sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente** y, a veces, se le conoce como **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente tiene una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá de manera automática una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO se toma tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le informa su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la IRO aprueba una parte o la totalidad de una solicitud sobre un artículo o servicio médico**, debemos hacer lo siguiente:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**.
 - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares**, o
 - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la IRO aprueba una parte o la totalidad de una solicitud sobre un medicamento recetado de Medicare Part B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en cuestión en los siguientes periodos:
 - **Dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares**.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la IRO es negativa** a su apelación o parte de ella, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.
 - Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; es decir, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid).

Si su problema se trata de un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial a la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina del Consejo Médico de Audiencias (BOH) de MassHealth (Medicaid). El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que suelen estar cubiertos por MassHealth (Medicaid) es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono dentro de los 120 días calendario de la fecha en que enviamos la carta con nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de audiencia.

Paso 2: la oficina de audiencia imparcial le da su respuesta. La oficina de audiencia imparcial le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican. Si la respuesta de la oficina de audiencia imparcial es afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o elemento dentro de las 72 horas posteriores a la recepción la decisión de la oficina de audiencia imparcial. Si la respuesta de la oficina de audiencia imparcial es negativa a parte o a toda su apelación, están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación? Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de Audiencias imparciales es negativa para una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales. En la carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial, se describirá esta siguiente opción de apelación. Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

La oficina de Audiencias Imparciales le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es **afirmativa** a toda la solicitud o parte de ella por un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o la oficina de Audiencias Imparciales es **negativa** a su solicitud o parte de ella, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 se envió a la **IRO**, usted puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Un ALJ o abogado mediador se encarga de una Apelación de Nivel 3. **En la carta que usted recibe de la IRO se explican los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencias Imparciales, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o 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 pague la factura por su cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Si usted paga la factura, podrá obtener un reembolso de parte de nuestro plan si cumplió las reglas para obtener artículos o servicios.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe las situaciones en las que podría tener que solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si solicita el reintegro, está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó corresponde a un servicio o artículo cubierto y si cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos a usted o su proveedor el pago por el artículo o servicio en un plazo de 30 días calendario, en general, pero no más de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto equivale a **aprobar** su solicitud de 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 usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **podrá presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reintegro, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le informaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y afirma que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días calendario. Si **aprobamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si **rechazamos** su apelación y MassHealth (Medicaid) suele cubrir el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Part D. Existen algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y que MassHealth (Medicaid) podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones por medicamentos de Medicare Part D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de “medicamento de Medicare Part D”. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos de Medicare Part D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - cubrir un medicamento de Medicare Part D que no esté en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan; o
 - renunciar a una restricción de la cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan, pero debemos aprobárselo antes de darle cobertura)

NOTA: si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de Medicare Part D se denomina “**determinación de cobertura**”.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda.

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

G2. Excepciones de Medicare Part D

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



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deben explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

Solicitar la cobertura de un medicamento no incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento, a veces, se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

A continuación, detallamos algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Podemos aceptar realizar una excepción y cubrir un medicamento no incluido en la *Lista de Medicamentos*.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales de ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por anticipado, antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, esto se denomina “autorización previa” (PA).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto, a veces, se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidades. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción

Su médico u otro recetador deben indicarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud.

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **afirmativa**, por lo general, la excepción dura hasta el final del año calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **negativa**, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que **rechacemos** su solicitud.

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

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiera llamando al (888) 794-7268, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico o a otro recetador para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro recetador para solicitar la excepción.



- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También puede comunicárnosla por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo postal.

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

Usamos los “plazos estándares” a menos que acordemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede conseguir que se tome una decisión rápida sobre la cobertura si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos las fechas límite estándares.

Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, aceptamos y se la damos. Se le informa en la carta que le enviamos.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro recetador, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizamos en su lugar los plazos estándares.
 - Se le informa en la carta que le enviamos. En la carta, también se le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas siguientes. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.



Fechas límite para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si solicita plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **Sección G6** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.



- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le reembolsamos dentro de los siguientes 14 días calendario.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Part D se denomina una “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o **apelación rápida** llamando al (888) 794-7268, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple el plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** si desea obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si aprobamos** su solicitud o parte de ella, debemos proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.



Si **aceptamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos **proveer la cobertura** que acordamos con la mayor brevedad según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días calendario** desde la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** desde la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le informa cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es **negativa**, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es la “**Entidad de Revisión Independiente**” y, a veces, se la conoce como la “**IRE**”.

Si desea presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro recetador deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué fechas límite se deben seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la IRO.

- Si están de acuerdo con una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aprueban** toda su solicitud o parte de ella, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el pago de un medicamento que compró.

Si la respuesta de la IRO es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación del Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, puede hacer lo siguiente:
 - Decidir si quiere presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudan a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

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

Si considera que le están dando de alta demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección se explica cómo realizar una solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



H1. Cómo conocer acerca de sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de que usted sea admitido en el hospital, alguien del hospital, como personal de enfermería o un trabajador social le dará a usted un aviso escrito denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital.

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

- **Lea este aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. En el aviso, se le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:
 - Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización 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 hospitalización.
 - Saber a dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted u otra persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le puedan haber dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

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

Puede buscar una copia del aviso por adelantado si realiza lo siguiente:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios por más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) realiza una revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente adecuada para usted.

La QIO está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Massachusetts, la QIO es la KEPRO. Llame al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no después de la fecha de alta programada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, debe pagar todos los costos de la cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta programada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone)

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria

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



Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta médica programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted recibe una carta que le proporciona su fecha de alta médica programada. En la carta también se explican las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal de esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de alta**”. Si desea obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Esta cree que su fecha de alta programada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios concluirá al mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta de su apelación.
- Puede presentar una Apelación del Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación del Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llame al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO haya **rechazado** su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si usted permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación del Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Ella está de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envían una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere solo a los siguientes tres tipos de servicios que puede recibir:

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene el derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.

Cuando tomamos la decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted **antes** de la finalización de sus servicios. Cuando su cobertura por ese servicio finalice, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

11. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se llama “Aviso de No Cobertura de Medicare.” En el aviso, se informa la fecha en la que interrumpiremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa sobre el proceso de apelaciones de Nivel 1 y sobre lo que debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** si desea obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone)

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Comuníquese con la QIO**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información sobre la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) y cómo comunicarse con ellos.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha del “Aviso de falta de cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de falta de cobertura de Medicare**”. Si desea obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también envía un aviso escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llame al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO haya **rechazado** su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que haya finalizado su cobertura por atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención médica que usted recibió a partir de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Aceptan nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le envían una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo lograr que su apelación trascienda el Nivel 2

J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO para su Apelación del Nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si la respuesta del ALJ o el abogado mediador a su apelación es **afirmativa**, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del ALJ o del abogado mediador.
 - Si el ALJ o el abogado mediador responden de **manera negativa** a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le informa su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si la respuesta del Consejo a su Apelación de Nivel 4 es **afirmativa** o deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.

Si la respuesta del Consejo es **negativa** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no terminar.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. En la carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial, se le indicará qué hacer si usted quiere continuar con el proceso de apelaciones.



J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección se puede aplicar a su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted realizó una apelación alcanza una determinada cantidad en dólares, usted puede recurrir a otros niveles de apelación. En la respuesta escrita que recibe por su Apelación de Nivel 2, se le explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador responden de **manera negativa** a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le brinda una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.



- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el Consejo **rechaza** la apelación o deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas

El proceso para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, como problemas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, coordinación de cuidados y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Queja	Ejemplo
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo presionado para abandonar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a los centros y servicios de atención médica en la oficina de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para concertar una cita o tuvo que esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que la clínica, el hospital o la oficina del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que no le emitimos un aviso o una carta que usted debió haber recibido. • Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.



Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que no cumplimos nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. • Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio, o reintegrarle el costo por ciertos servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

1. **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
2. **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
3. Usted o su representante designado pueden presentar una queja en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros o escribiéndonos a la siguiente dirección:

Molina Healthcare

Attn: Appeals & Grievances

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801-9977

- En el caso de una queja regular, responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días calendario. Responderemos a su solicitud de queja acelerada en un plazo de 24 horas. Aceleraremos su queja cuando suceda lo siguiente:
 - Extendamos el plazo para tomar una determinación o reconsideración de organización.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



4. **Ya sea que llame o escriba, usted debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** Puede presentar una queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentarla.

El término legal para una “queja” es una **“queja formal”**.

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

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 794-7268 (TTY 711). Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Part 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 es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

El término legal de “queja rápida” es **“queja formal acelerada”**.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimados para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante Molina One Care (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas seriamente y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si le parece que el plan médico no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja en la OCR del Department of Health and Human Services (HHS) si le parece que no se le trató de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



También puede llamar a la OCR local al:

U.S. Department of Health & Human Services

Office for Civil Rights

200 Independence Ave., S.W.

Suite 509F, HHH Building

Washington, D. C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener asistencia llamando al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898, o al videoteléfono [VP] 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

QIO

Cuando su queja se relaciona con la calidad de la atención, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Usted puede presentar su queja ante la QIO y nuestro plan. Si usted presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

En Massachusetts, el QIO recibe el nombre de KEPRO. El número de teléfono de la KEPRO es 1-888-319-8452.



Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid), siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Índice

A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan	225
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	226
C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado	226
C1. Sus servicios de Medicare	227
C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)	230
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan	231
E. Otras situaciones en las que concluye su membresía en nuestro plan.....	231
F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud	233
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	233
H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan	233



A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año. Como tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Además de esta flexibilidad, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **Periodo de inscripción abierta**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del 3.º mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio;
- Su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o Ayuda Extra (Extra Help) cambió; o
- Se mudó recientemente a una residencia para ancianos o a un hospital de atención a largo plazo, está recibiendo atención o acaba de mudarse de una de estas instituciones.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. La cobertura nueva comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

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

- Las opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1** del Capítulo 10.
- Los servicios de Medicaid en la **Sección C2** del Capítulo 10.
- Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a: información en el Departamento de Servicios para Miembros al número

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



que figura al final de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece allí.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), *SHINE* al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidades del habla) deben llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas de solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 4 hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.
- A continuación, la **Sección C** incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Para preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) gratis al (800) 841-2900 (TTY: [800] 497-4648), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Pregunte cómo afecta la forma en la que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid) si se une a otro plan o regresa a Medicare Original.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, le pone fin a su membresía en nuestro plan de manera automática.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como dual-eligible special needs plan (D-SNP) integrado o plan del Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan D-SNP integrado.</p> <p>Si tiene consultas sobre el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-800-841-2900.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. <p>O</p> <p>Comuníquese directamente con un nuevo plan D-SNP integrado para inscribirse en su plan.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. <p>O</p> <p>Comuníquese directamente con un nuevo plan de medicamentos de Medicare para inscribirse directamente en su plan.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	--



3. Puede cambiar a:**Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado**

NOTA: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no lo desea.

Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHINE (Serving the Health Needs of Everyone) en su área, visite mass.gov/health-insurance-counseling.

Esto es lo que tiene que hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.



<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan médico de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el Periodo de inscripción abierta y el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare,</p> <p>Si tiene consultas sobre el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. <p>O</p> <p>Comuníquese directamente con un nuevo plan Medicare Advantage para inscribirse directamente en su plan.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
---	---

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no inscribirse en un plan One Care pueden inscribirse en un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir cuidados en los centros de enfermería.
- Si tiene 65 años o más cuando deja Molina One Care, es posible que pueda unirse a un plan Senior Care Options (SCO).

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Para obtener información sobre los planes PACE o SCO y si puede unirse a uno, llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Continúe recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan

Si se da de baja de nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, inclusive a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que su membresía en Molina One Care (HMO D-SNP) finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que concluye su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no cumple los requisitos para Medicaid y su período de consideración ha finalizado. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si se inscribe en un programa Home and Community Based Services (HCBS) de MassHealth.
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se determinó en el Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si se muda a un Centro de Cuidados Intermedios operado por el Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos.
- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no permanece de manera legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o permanecer de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base.
 - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.
 - Si no recupera la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) y no espera recuperarla en un plazo de 30 días, se cancelará su inscripción en nuestro plan y ya no podrá recibir servicios de Molina One Care.

Podremos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera indebida y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare solicite al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud

Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le solicitamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la finalización por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes	235
B. Aviso de no discriminación	235
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso	236



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este *Manual del Miembro*. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid). Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No discriminamos ni le tratamos de manera diferente por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Department of Health and Human Services, Oficina de 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.

U.S. Department of Health & Human Services

Office for Civil Rights

200 Independence Ave., S.W.

Suite 509F, HHH Building

Washington, D. C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, alguna otra persona debe pagar primero por los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las regulaciones y leyes federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), Molina One Care, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

En este capítulo se incluyen términos clave que se usan 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, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Actividades de la vida diaria (ADL): lo que hace una persona en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa una Apelación de Nivel 3.

AIDS drug assistance program (ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida.

Centro de cirugía ambulatorio: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para solicitarnos cambiar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Salud conductual: un término abarcativo relacionado con trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

Producto biológico: un medicamento que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica. (Vaya a “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado cuya fabricación y venta están a cargo de la compañía que elaboró originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y comercializados por otras empresas farmacéuticas y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Coordinador de cuidados: la persona principal que trabaja con usted, con el plan médico y con sus proveedores de atención médica, para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.

Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con el CMS.

Chronic-Care Special Needs Plan: los Planes de Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (C-SNP) son SNP que restringen la membresía a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, como se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la membresía en función de las múltiples afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente relacionadas indicadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, un 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados. Como miembro de SCO, no tiene coseguro, pero, si tiene Medicare, debe continuar pagando sus primas.

Queja: una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. “Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”.

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 y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje. Como miembro de SCO, no tiene que pagar ningún deducible, copago ni coseguro.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

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

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los cuidados de custodia, brindados por personas sin entrenamiento ni destrezas profesionales, incluyen ayudar a realizar actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama, sentarse en una silla y levantarse de esta, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

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

Deducible: monto que debe pagar por atención o recetas médicas antes de que pague nuestro plan. Como miembro de SCO, no tiene deductibles.

Cancelación de inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica. Como miembro de SCO, no tiene tarifas de dispensación.

Drug management program (DMP): un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Categorías de medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*. La categoría en el que se encuentra un medicamento le indica cuánto costará. El formulario de MA no tiene varias categorías. En cambio, todos los medicamentos se encuentran en una sola.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): plan médico que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

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

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o grave deterioro de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura en el caso de un medicamento que, por lo general, no tiene cobertura, o bien para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que no cubre este plan médico.

Ayuda Extra (Extra Help): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de los medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Extra (Extra Help) también recibe el nombre de “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA 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 económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que usted presenta acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su atención o la calidad del servicio que proporciona su plan médico.

Plan médico: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de su historia clínica y su condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

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

Cuidados paliativos: 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 ha sido certificada médicamente con un pronóstico terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área geográfica.

Hospitalización: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Facturación inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente un monto mayor que nuestra distribución de costos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende. Puesto que pagamos el costo total de sus servicios, **no** debe abonar nada por distribución de costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de revisión Independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de atención individualizado (ICP o Plan de Atención): un plan para los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Periodo de inscripción inicial: período de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Part A y Part B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue admitido formalmente, aún podría considerarse un paciente ambulatorio y no un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Institutional Special Needs Plan (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen de manera continua o se espera que lo hagan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que brindan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con las instalaciones de LTC específicas (o ser dueño de ellas y operarlas).

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel institucional de atención en función de la evaluación del Estado. La evaluación se debe realizar utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y administrar por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de Atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros y otros profesionales de la salud que están a su disposición para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención le ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP Integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan médico para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las conoce como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que concurrir a un centro de enfermería o un hospital. Los LTSS incluyen Servicios de la Comunidad y Centros de Enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Extra (Extra Help).

MassHealth: el programa Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y asistencia a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Máximo de gastos de bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las sumas que paga por los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo. **(Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo). Como miembro de SCO, no tiene gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): 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.

Medicamento necesario: describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan médico”).

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

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

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

Medicare diabetes prevention program (MDPP): programa estructurado de cambio de comportamiento que brinda capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar dificultades en la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.

Miembro de Medicare-Medicaid: una persona elegible para recibir cobertura de Medicare y de Medicaid. Un inscrito a Medicare-Medicaid también se llama “persona con doble elegibilidad”.

Medicare Part 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 Part B: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan de MA.

Medicare Part D: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Part A o Medicare Part B, ni de Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Administración de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual del Miembro e Información de divulgación: 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 membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información acerca del Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas médicas solo si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan médico, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Casa o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan permanecer en el hospital.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Ombudsman: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. Según Medicare Original, sus servicios están cubiertos mediante el pago de los montos que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

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

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se proporciona una explicación acerca de los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: consulte “Medicare Part A”.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Parte B: consulte “Medicare Part B”.

Parte C: consulte “Medicare Part C”.

Parte D: consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos de la Parte D: consulte la “medicamentos de Medicare Part D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historia clínica. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sobre sus derechos con respecto a esta.

Preferred Provider Organization (PPO) Plan: un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de distribución de costos correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o cobertura de medicamentos recetados. Los miembros de Senior Whole Health tienen una prima de \$0.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y le deriva a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Consulte el **Capítulo 3** de este Manual del Miembro para obtener más información acerca de cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no recibe primero esta aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (PA) de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa (PA).

- Los medicamentos cubiertos que necesitan de PA de nuestro plan están señalados en la *Lista de Medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): un programa que cubre beneficios de Medicare y Medicaid en conjunto para personas mayores de 55 años de edad que necesitan un nivel de atención superior para vivir en su hogar.

Elementos protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, 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 tratamiento 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 de la atención de personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que controle y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidades: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en el que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el beneficio y medicamentos cubiertos para el inscrito. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura

Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



(autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para que acuda a un proveedor que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación en primer lugar, no cubriremos los servicios. No necesita una derivación para recurrir a algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica en la cual un plan médico acepta miembros, si limita la membresía según dónde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente, es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

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

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

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

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medicaid que no aprobamos o si no continuamos pagando por un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia estatal toma una decisión a su favor, tendremos que proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o son mayores de 65 años de edad. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Atención médica requerida urgentemente: atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando usted no puede acceder a ellos, porque, dadas sus circunstancias, el momento o el lugar, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no sea una emergencia médica).



Si tiene preguntas, llame a Molina Healthcare al (888) 794-7268, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Servicios de información adicional importante sobre la atención médica y recursos para los miembros

- **Aviso de disponibilidad (NOA) – Servicios de asistencia de idiomas**
- **Aviso de prácticas de privacidad (NPP)**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በአማርኛ ቅርፅዎች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્રિઝવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သျှ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိၢ် အသိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၢ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ် လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၤသ့တဖၣ် လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရုၢ်ဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်လံာ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados de Molina Healthcare (denominados en este documento “Molina”, “nosotros” o “nuestro”). Usamos y compartimos información médica protegida (“PHI”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 1.º de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué utilizamos o compartimos su PHI?

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

Para tratamientos

Podemos utilizar o compartir su PHI para brindarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Podemos 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 de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Podemos utilizar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan médico. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos utilizar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. 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, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar 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 médico. 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 podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

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

Salud pública

Su PHI se puede utilizar 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 e inminente a la salud o la seguridad pública o de una persona.

Funciones gubernamentales

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

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

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 abandono.

Indemnización al trabajador

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

Divulgación con otros fines

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

Restricciones adicionales sobre el uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidas agresiones sexuales, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, médicas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta, cuando se aplique a nosotros.

Información sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD).

Aunque no somos un programa de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias en virtud de la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted hayamos recibido un aviso y una oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Necesitamos su aprobación por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Necesitamos 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 nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (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 su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para realizar 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 su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para realizar la solicitud.

- **Revisar y obtener una 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 tomar decisiones sobre cobertura, reclamos y otros asuntos como nuestro miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para realizar la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para realizar 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 propósitos de inteligencia.
- 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 período de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Usted puede utilizar nuestro formulario para realizar la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, 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 considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
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 nuestros deberes?

Estamos obligados a:

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

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho a cambiar en cualquier momento sus prácticas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos algún cambio importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviaremos; o bien, enviaremos información acerca del cambio importante y sobre cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a los miembros que cuenten con nuestra cobertura en ese momento. Este Aviso también está disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

**Departamento de Servicios para Miembros de Molina One Care
(HMO D-SNP)**

LLAME AL	(888) 794-7268 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	(310) 507-6186
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Departamento de Servicios para Miembros 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, Massachusetts 02451
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare