MOLINA HEALTHCARE

MI HEALTH LINK
Linking Medicare and Medicaid for you

Molina Dual Options MI Health Link

Medicare-Medicaid Plan

2021 | Manual del Miembro

Michigan H7844-001
Sirviendo a los condados de Wayne y Macomb

Manual del Miembro de Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan

01/01/2021 – 12/31/2021

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

Introducción al *Manual del miembro*

En este manual, se proporciona información acerca de su cobertura de Molina Dual Options hasta el 12/31/2021. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Molina Healthcare of Michigan ofrece este plan. Cuando en este *Manual del miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of Michigan. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia del idioma, sin costo, están disponibles para usted. Llame al (855) 735-5604, servicio TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., EST. La llamada es gratuita.

انتباه:ا كنت تتحدث اللغة العربية، نوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على 5604-735 (855)

، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية / أجهزة اتصالات المعاقين: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي. هذه المكالمة مجانية.

Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer pedidos por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma distinto del inglés, póngase en contacto con el Estado al (800) 642-3195, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este para actualizar su expediente con el idioma preferido. Para obtener este documento en un formato alterno, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados para obtener ayuda con la solicitud permanente.

2021 Molina Dual Options MI Health Link

Tabla de contenidos

Capítulo 1. Inicio como miembro 4

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 12

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos 26

Capítulo 4. Tabla de Beneficios 42

Capítulo 5. Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan 94

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid de Michigan 112

Capítulo 7. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 118

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 122

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 139

Capítulo 10. Terminar su membresía en Molina Dual Options 190

Capítulo 11. Avisos legales 197

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 200

Exenciones de responsabilidad

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

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a Molina Dual Options 5

B. Información acerca de Medicare y Medicaid de Michigan 5

B1. Medicare 5

B2. Medicaid de Michigan 5

C. Ventajas de este plan 6

D. Área de servicio de Molina Dual Options 6

E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 7

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud 7

G. Su plan de cuidado 8

H. Prima mensual del plan de Molina Dual Options 8

I. El *Manual del Miembro* 8

J. Otra información que obtendrá de nosotros 8

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options 8

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 9

J3. *Lista de los medicamentos cubiertos* 10

J4. La *Explicación de beneficios* 10

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado 10

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 11

A. Bienvenido a Molina Dual Options

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

Molina Dual Options fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle los servicios como parte del programa MI Health Link.

El programa MI Health Link es un programa operado conjuntamente por Michigan y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid de Michigan. Con este programa, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas para mejorar la manera en la que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid de Michigan.

Cuando el médico C. David Molina fundó Molina Healthcare en 1980, tenía la simple misión de proveer servicios de atención médica accesibles a las familias que más la necesitaban. Molina Dual Options se enorgullece de llevar adelante esta misión y se compromete a garantizar a sus afiliados servicios de atención médica de calidad.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid de Michigan

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. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa operado por el gobierno federal y el estado de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare. Cada estado tiene su propio programa Medicaid.

Esto quiere decir que cada estado decide:

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

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

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

- sea elegible para participar,
- Nosotros decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Michigan aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

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

- Podrá trabajar con un plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro médico.
- No pagará ningún deducible ni copago cuando obtenga los servicios de un proveedor o una farmacia de la red de proveedores de nuestro plan de salud. (Deberá seguir pagando cualquier prima mensual del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS).
- Tendrá su propio coordinador de cuidados que le preguntará acerca de sus necesidades y elecciones de atención médica y trabajará con usted para crear un plan de cuidado personal basado en sus metas.
- Su coordinador de cuidados lo ayudará a obtener lo que necesita, cuando lo necesita. Esta persona responderá a todas sus preguntas y se asegurará de que sus asuntos relacionados con la atención médica reciban la atención que se merecen.
- Si usted califica, tendrá acceso a servicios y apoyos en el hogar y la comunidad para ayudarlo a vivir de forma independiente.
- Usted tiene acceso a muchos programas para el control de la salud y enfermedades proporcionados por Molina Dual Options.

D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: condados de Macomb y Wayne. Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

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

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

Usted puede ser elegible para nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio **y**
- tiene Medicare Partes A, B y D, **y**
- es elegible para los beneficios completos de Medicaid de Michigan, **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos **y**
- no está afiliado a un centro de cuidados paliativos, **y**
  - para conocer más sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4 del Manual del miembro
- no está afiliado en el programa de exención MI Choice o en el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE). Si está afiliado en cualquiera de estos programas, deberá cancelar la inscripción antes de afiliarse al programa MI Health Link a través de Molina Dual Options.

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

Obtendrá una Evaluación de Nivel I dentro de los 60 días posteriores a la inscripción en el plan. Su coordinador de cuidados se contactará con usted para ayudarlo con la evaluación. Esta evaluación es muy importante. Si tiene alguna pregunta antes de que su Coordinador de Cuidados lo contacte, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. **Si Molina Dual Options es nuevo para usted**, puede continuar recibiendo servicios y consultando a sus médicos y a otros proveedores actuales, al menos durante 90 días desde la fecha de su inscripción.

Si obtiene servicios a través de la Exención de Servicios de Recuperación de Habilidades o del Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), podrá obtener servicios y consultar a sus médicos y proveedores actuales durante 180 días desde la fecha de su inscripción. Su coordinador de cuidados trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar servicios dentro de este periodo de tiempo si su proveedor actual no forma parte de la red de proveedores de Molina Dual Options. Llame a Molina Dual Options para obtener más información sobre los servicios en residencias para ancianos.

Después de 90 días, o después de 180 días si está recibiendo servicios a través de la Exención de Servicios de Recuperación de Habilidades o del Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), usted necesitará ver a médicos y otros proveedores en la red de Molina Dual Options. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su plan de cuidado

Un plan de cuidados es el plan para los servicios y apoyos que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

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

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

H. Prima mensual del plan de Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del Miembro*

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

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711. También puede consultar el *Manual del miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

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

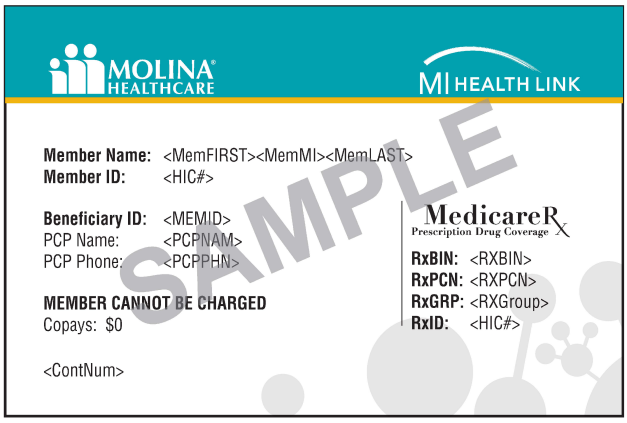
J. Otra información que obtendrá de nosotros

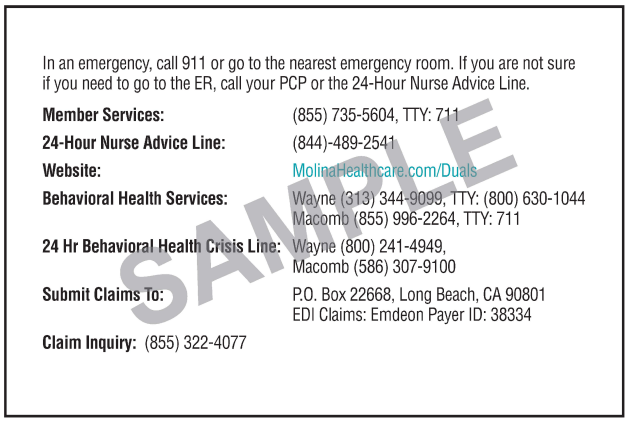
Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

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

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

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





Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medicaid de Michigan para obtener los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Molina Dual Options, el proveedor puede fracturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Vea el Capítulo 7 para ver qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo de esta página web.

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

Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores de la red de Molina Dual Options incluyen:
  - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
  - Los proveedores de la red también incluyen clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
  - Agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

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

Definición de farmacias dentro de la red

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

Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604 (TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web de Molina Dual Options pueden brindarle la información más actualizada sobre cambios realizados a proveedores y farmacias de la red.

J3. *Lista de los medicamentos cubiertos*

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

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals o llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

J4. La Explicación de Beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

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

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Puede mantener actualizado su registro de membresía comunicándonos cualquier cambio en la información.

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

Háganos saber lo siguiente:

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

Si cambia su información, háganos saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Usted puede actualizar su información de miembro en línea y a través de la aplicación HealthinHand. Visite www.MyMolina.com para cambiar su PCP, solicitar una tarjeta de identificación o actualizar su dirección postal y número de teléfono.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes requieren que mantengamos su PHI en forma privada. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options 13

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros 13

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados 16

B1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de Cuidado 16

C. ¿Cómo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día? 17

C1. Cuándo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día 17

D. ¿Cómo contactarse con la Línea de Información General del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual? 18

D1. Cuándo contactarse con la Línea de Información General del PIHP 19

D2. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual 19

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) 20

E1. Cuándo contactar a MMAP 20

F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) 21

F1. Cuándo contactar a Livanta 21

G. Cómo comunicarse con Medicare 22

H. ¿Cómo comunicarse con Medicaid de Michigan? 23

I. Cómo comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link 23

J. ¿Cómo comunicarse con el Programa Mediador de Atención a Largo Plazo de Michigan? 24

K. Otros recursos 24

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

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este Las tecnologías de asistencia, incluyendo opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
FAX	Para servicios médicos: Fax: (248) 925-1767 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA	Para Servicios para Miembros/Medicamentos de Medicaid: 880 West Long Lake Road, Suite 600 Troy, MI 48098 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

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

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

Información de Contacto			
Si su apelación es acerca de: Medicamentos Parte D	**Esto es lo que tiene que hacer:** Debe presentar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.	**Recibirá una decisión en:** 7 días naturales	**Para apelaciones sobre medicamentos Parte D, envíe un correo a:** Farmacia de Medicare 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047 **Fax al:** (866) 290-1309
Si su apelación es acerca de: Medicamentos que no son Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de Medicamentos)	**Esto es lo que tiene que hacer:** Debe presentar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.	**Recibirá una decisión en:** 30 días naturales (más 14 días de extensión)	**Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:** 880 W Long Lake Rd, Suite 600 Troy, MI 48098 Dirección de envío en persona: 880 W Long Lake Rd, Suite 600 Troy, MI 48098 **Fax al:** (248) 925-1766

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

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

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados

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

LLAME AL	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
ESCRIBA	Molina Dual Options 880 West Long Lake Road, Suite 600 Troy, MI 48098
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de Cuidado

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre cualquier otro servicio y apoyo que necesite

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

- Atención de enfermería especializada
- fisioterapia

- terapia ocupacional
- terapia del habla
- Servicios de Atención Personal
- Atención médica domiciliaria

Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad.

C. ¿Cómo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día?

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con un enfermero calificado que puede proporcionarle asesoría de atención médica en su idioma y referirle a donde usted puede obtener el cuidado que necesite. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermeras es un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la URAC (Comisión de Acreditación para Revisión de Uso) y ha estado en funcionamiento desde 2007. La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso total con el cuidado de calidad, los procesos optimizados y los mejores resultados de los pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras también está certificada desde 2010 por la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) en Productos de Información de la Salud (Health Information Products, HIP) para nuestra línea de información de la salud, que atiende las 24 horas.

LLAME AL	(844) 489-2541 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

C1. Cuándo contactarse con la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día

- Preguntas sobre su atención médica

D. ¿Cómo contactarse con la Línea de Información General del PIHP y la Línea de crisis de salud conductual?

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los miembros de Molina Dual Options a través de un proveedor de la red del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Los miembros que obtienen servicios a través del PIHP continuarán obteniéndolos de acuerdo con su plan de salud. Molina Dual Options le brindará los servicios de cuidado personal anteriormente proporcionados a través del programa de ayuda en el hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés). Cuando se indique, otros servicios médicamente necesarios debido a trastorno por consumo de sustancias, discapacidad intelectual/de desarrollo y salud conductual, incluida la psicoterapia y el asesoramiento (individual, familiar y grupal) estarán disponibles y se coordinarán a través del plan de salud y PIHP.

Línea de Información General del PIHP:

Método	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME	Los residentes del condado de Wayne deben contactarse con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne llamando al 1-313-344-9099. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del este En caso de producirse una emergencia de salud mental en el condado de Wayne, llame a la línea de crisis de salud conductual, las 24 horas del día, al 1-800-241-4949. Los residentes del condado de Macomb deben contactarse con el Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb al 1-855-996-2264. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita. En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas del día al 1-586-307-9100. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	Llame a los números telefónicos TTY listados: Red de Salud Integrada de Detroit Wayne: 1-800-630-1044, o Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb: 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este

D1. Cuándo contactarse con la Línea de Información General del PIHP

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Dónde y cómo obtener una evaluación
- Dónde recibir los servicios
- Una lista de otros recursos comunitarios

Línea de Crisis de Salud Conductual:

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	En caso de producirse una emergencia de salud mental en el condado de Wayne, llame a la línea de crisis de salud conductual, las 24 horas del día, al 1-800-241-4949. En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la línea de crisis de salud conductual las 24 horas del día al 1-586-307-9100. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

D2. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Pensamientos suicidas
- Información sobre salud/enfermedad mental
- Adicción/abuso de sustancias
- Ayuda para un amigo o un ser querido
- Problemas sentimentales
- Abuso/violencia
- Problemas económicos que causan ansiedad/depresión
- Soledad
- Problemas familiares
- Si está experimentando una emergencia de vida o muerte, llame a 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP).

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

LLAME	1-800-803-7174. Esta llamada es gratuita. El horario de servicio es: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
CORREO ELECTRÓNICO	info@mmapinc.org
SITIO WEB:	mmapinc.org/

E1. Cuándo contactar a MMAP

- Preguntas acerca de su seguro médico de Medicare y Medicaid de Michigan
  - Los asesores de MMAP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
    - entender sus derechos,
    - comprender la cobertura de los medicamentos, por ejemplo, de los medicamentos recetados y de venta libre,
    - comprender sus elecciones de plan,
    - presentar una queja de la atención médica o tratamientos**, y**
    - ayudarlo a resolver problemas con las facturas.

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

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

LLAME AL	1-888-524-9900. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Livanta 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo contactar a Livanta

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

G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

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

H. ¿Cómo comunicarse con Medicaid de Michigan?

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

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas sobre la ayuda que obtiene de Medicaid de Michigan, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios.

LLAME AL	Línea de Ayuda a los beneficiarios 1-800-642-3195. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
TTY	1-866-501-5656 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	PO Box 30479 Lansing, MI 48909-7979

La elegibilidad para Medicaid de Michigan está determinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid de Michigan o sobre la renovación anual, llame a su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para preguntas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llame al 1-855-275-6424 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

I. Cómo comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link

El programa de Mediador de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. La oficina del mediador de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Michigan con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-746-6456
TTY	711. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO ELECTRÓNICO	help@mhlo.org
SITIO WEB:	www.mhlo.org

J. ¿Cómo comunicarse con el Programa Mediador de Atención a Largo Plazo de Michigan?

El Programa Mediador de Atención a Largo Plazo de Michigan ayuda a las personas a conocer sobre las residencias para ancianos y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver los problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME	1-866-485-9393
ESCRÍBANOS	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	mltcop.org/contact
SITIO WEB:	mltcop.org/

K. Otros recursos

En la Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad bajo el programa MI Health Link están disponibles diversos servicios a largo plazo y de apoyo para los miembros. Contacte a su coordinador de cuidados para obtener información sobre cómo obtener acceso a estos servicios y a los proveedores disponibles en su comunidad.

Agente de inscripción del estado: Michigan ENROLLS: (800) 975-7630

Línea de Ayuda para Beneficiarios de Medicaid de Michigan: (800) 642-3195

Recursos del condado de Macomb:

Macomb County Office of Senior Services
21885 Dunham, Suite 6
Clinton Township, MI 48036
(586) 469-5228
https://mca.macombgov.org/MCA-Seniors-Information

Macomb Community Action Health and Community Services
VerKuilen Building
21885 Dunham Road, Suite 10, Clinton Township, MI 48036
mca@macombgov.org
(586) 469-6999

Area Agency on Aging 1-B
29100 Northwestern Highway, Suite 400
Southfield, MI 48034
(248) 357-2255 o (800) 852-7795

Macomb County Access Location
39090 Garfield, Suite 102
Clinton Twp., MI 48038
(586) 226-0309
(800) 852-7795
Fax: (248) 262-9971

Recursos del condado de Wayne:

AAA:
Detroit Agency on Aging
133 Brewery Park Blvd., Suite 200
Detroit, MI 48207
(313) 446-4444

The Senior Alliance, Inc.
3850 Second St., Suite 201
Wayne, MI 48184
(734) 722-2830

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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Información acerca de “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 28

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 28

C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados 29

C1. Qué es un Coordinador de Cuidados 29

C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados 30

C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados 30

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red 30

D1. Atención de un proveedor de atención primaria 30

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 31

D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan 32

D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red 32

E. ¿Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)? 33

F. Cómo obtener servicios de salud conductual 33

G. ¿Cómo participar en arreglos independientes? 33

G1. ¿Cuáles son los arreglos que permiten independencia? 33

G2. Quién puede obtener arreglos que permiten independencia 34

G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores 34

H. Cómo obtener servicios de transporte 34

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 34

I1. Cuidado en casos de emergencia médica 34

I2. Atención médica requerida urgentemente 36

I3. Atención médica durante un desastre 37

J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan 37

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 37

K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 38

K1. Definición de estudio de investigación clínica 38

K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 38

K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica 39

L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 39

L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 39

L2. Obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 39

M. Equipo Médico Duradero (DME) 40

M1. DME como miembro de nuestro plan 40

M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 40

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan 41

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 41

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

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

Entre los proveedores se incluyen médicos, enfermeras, dentistas, oculistas, especialistas en audición y otras personas que le proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, así también como servicios y apoyos a largo plazo.

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

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan. Esto incluye servicios de salud conductual, apoyo a largo plazo y medicamentos recetados.

Por lo general, Molina Dual Options pagará por la atención médica y otros apoyos y servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Las únicas excepciones son que usted paga la Cantidad que Paga el Paciente (PPA) que tiene por los servicios del centro de enfermería, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS.

Para estar cubierto por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan.** Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**.Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- Debe contar con un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** en la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que acuda a otro médico**.** Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 30.
- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de esto, consulte la página 30.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 30.

- **Debe recibir su atención médica de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
  - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para conocer más sobre lo que significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, consulte la página 34.
  - 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. Si busca atención de un proveedor fuera de la red, necesitará una autorización. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red. Para informarse acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la página 30.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan durante un tiempo breve. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Cuando se inscriba en el plan, podrá continuar recibiendo servicios y visitando a sus médicos y otros proveedores actuales, al menos durante 90 días desde la fecha de su inscripción. Si obtiene servicios a través de la Exención de Servicios de Recuperación de Habilidades o del Programa de Servicios y Apoyos Especiales a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP), podrá obtener servicios y consultar a sus médicos y proveedores actuales durante 180 días desde la fecha de su inscripción. Su Coordinador de Cuidados trabajará con usted para elegir proveedores nuevos y programar servicios dentro de este periodo. Llame a Molina Dual Options para obtener más información sobre los servicios en residencias para ancianos.

C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados

C1. Qué es un Coordinador de Cuidados

Un Coordinador de Cuidados es una persona que trabajará con usted para ayudarlo a obtener los apoyos y servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan que necesita y desea.

C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados

Si desea comunicarse con su Coordinador de Cuidados, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados

Usted o su cuidador puede solicitar el cambio de su Coordinador de Cuidados llamando a su Coordinador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. En ocasiones, Molina puede realizar cambios en la asignación de un Coordinador de Cuidados para un miembro en función de las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación del miembro.

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

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

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

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

- Un médico de atención primaria (PCP) es el doctor que usted visitará para la mayoría de sus necesidades de atención médica preventiva. Su PCP también lo ayudará a buscar atención de un especialista y proveedores de servicios.
- Un PCP es un médico, una enfermera especializada avanzada, un auxiliar médico o un profesional de atención médica en clínicas/el hogar (Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal [FQHC]) que le brinda a usted cuidados de salud de rutina. También podrá contar con un especialista que se desempeñe como su PCP, siempre que el especialista desee proporcionarle atención médica de rutina. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.
- Cuando tenga necesidades fuera del área de especialidad de su PCP, será remitido a un especialista para los servicios que necesite para mantenerse saludable. Su PCP se asegurará de que su atención esté coordinada con un especialista y de que su Coordinador de Cuidados esté informado sobre los servicios que usted pueda necesitar.
- Puede encontrar la lista actual de proveedores en la página web en MolinaHealthcare.com/Duals o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Su elección de PCP

Puede haber elegido a su PCP al momento de su inscripción en Molina Dual Options. El PCP que usted elija debe estar en su tarjeta de identificación de Molina Dual Options. Si no tuvo la oportunidad de elegir un PCP o si el PCP que eligió no está en su tarjeta de identificación, puede contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Opción de cambiar de PCP

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

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este si desea más información sobre nuestros proveedores de Molina Dual Options o si necesita ayuda para cambiar de PCP. El Departamento de Servicios para Miembros hará efectivo el cambio de PCP a partir del mes actual. Para algunos proveedores, es posible que necesite una derivación de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP

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

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

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

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

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

Su PCP puede ayudarlo a encontrar un especialista si necesita servicios para una enfermedad específica o un servicio especializado.

Si necesita servicios de un proveedor fuera de la red, su PCP obtendrá una autorización del plan de salud. Su PCP enviará cualquier documentación importante que el plan de salud necesite para tomar la decisión sobre su autorización. Si su solicitud de autorización de PCP es denegada, Molina Dual Options considerará la cobertura basándose en la necesidad médica. Si desea saber cuáles beneficios requieren una autorización previa, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan

Un proveedor de la red que usted está utilizando podría abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados, aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para avisarle al menos 30 días antes para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y nosotros tenemos la obligación de trabajar con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores está por abandonar nuestra red, contacte a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p.m., hora del este.

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

La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita servicios que no pueden ser brindados dentro de nuestra red, Molina Dual Options pagará el costo de un proveedor fuera de la red, siempre que el servicio esté aprobado por su PCP y por el plan. Si visita proveedores que no están en la red de Molina Dual Options sin autorización previa, usted tendrá que pagar la factura.

Si necesita servicios de un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor fuera de la red puede contactarse con el Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, antes de recibir los servicios. Su coordinador de cuidados lo asistirá a usted y/o al proveedor para obtener la información necesaria para obtener la autorización previa.

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Michigan.

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Michigan.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

E. ¿Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Su Coordinador de Cuidados puede ayudarlo a determinar si usted necesita apoyos y servicios a largo plazo y cómo obtenerlos. Para hablar con su Coordinador de Cuidados puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Comuníquese con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual están cubiertos por su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno de abuso de sustancias. Contacte al PIHP para obtener información sobre las decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY: 1-800-630-1044). Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY: 711).

G. ¿Cómo participar en arreglos independientes?

La independencia promueve la opción y el control personal sobre la entrega de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS), que incluye a quien ofrece el servicio, cómo se entregan y la contratación y el despido de asistentes personales y/o trabajadores de atención domiciliaria.

G1. ¿Cuáles son los arreglos que permiten independencia?

La independencia es una opción disponible para los afiliados que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y tener el control sobre su propia vida.

- Esto incluye administrar una suma fija de dólares para cubrir los servicios y apoyos autorizados. A menudo, se lo denomina "presupuesto personalizado".
- Si decide hacer esto, también tendrá control para contratar y administrar sus proveedores.

G2. Quién puede obtener arreglos que permiten independencia

Los arreglos que permiten independencia están disponibles para los afiliados que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad llamado MI Health Link HCBS.

G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores

Puede trabajar con su Coordinador de Cuidados para obtener ayuda para emplear a los proveedores.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Se le provee el transporte si no tiene manera de acceder a su PCP o a otras citas médicas.

Para recibir servicios de transporte, contacte a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

El transporte debe ser coordinado con al menos tres (3) días de anterioridad al día de la cita.

Las solicitudes de transporte de urgencia pueden ser programadas sin el aviso de tres (3) días.

Para viajes que requieren reembolso de millaje, los inscritos deben contactar a Molina Healthcare por lo menos con 72 horas de antelación para viajes no urgentes o el mismo día por altas hospitalarias/de urgencia. Después de la fecha de la cita, el proveedor de transporte procesará el monto del reembolso y pagará al conductor dentro de los quince (15) días naturales posteriores a la finalización del viaje.

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

I1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

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

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión de su PCP.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia**. Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Puede comunicarse con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, salvo en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información. Puede comunicarse con Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Usted puede recibir atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

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

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

En caso de producirse una emergencia de salud mental en el Condado de Wayne, llame a la línea de crisis de salud conductual, las 24 horas del día, al 1-800-241-4949.

En caso de una emergencia de salud mental en el condado de Macomb, llame a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas del día al 1-586-307-9100.

Esta llamada es gratuita.

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.

Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

- Pensamientos suicidas
- Información sobre salud/enfermedad mental
- Adicción/abuso de sustancias
- Ayuda para un amigo o un ser querido

- Problemas sentimentales
- Abuso/violencia
- Problemas económicos que causan ansiedad/depresión
- Soledad
- Problemas familiares
- Si está experimentando una emergencia de vida o muerte, llame a 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

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

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

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

I2. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

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

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

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

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

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

Se puede acceder a atención médica urgente usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al (844) 489-2541. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

I3. Atención médica durante un desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no podemos usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir cuidado de proveedores fuera de la red *sin costo para usted*. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

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

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

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios:

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

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

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

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

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

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

K1. Definición de estudio de investigación clínica

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

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

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

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

Usted debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de Cuidados debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

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

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

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

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

K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica

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

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

L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

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

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

L2. Obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

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

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

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

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

- Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

Las estadías en el hospital requieren autorización del plan. Nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital cuando sea médicamente necesaria. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4).

M. Equipo Médico Duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del articulo DME.

- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Medicare Original o al plan Medicare Advantage.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos 43

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios 43

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan 44

D. La Tabla de Beneficios 45

E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options 90

E1. Cuidados paliativos 90

E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). 91

F. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare, o Medicaid de Michigan 92

A. Sus servicios cubiertos

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

No debe pagar nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles sobre las reglas del plan. Las únicas excepciones son que usted paga:

- La Cantidad que Paga el Paciente (PPA) que tenga por servicios de un centro de enfermería, según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos local.
- La prima del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS.

Si necesita ayuda y servicios relacionados con afecciones de salud conductual, discapacidad intelectual o de desarrollo o un desorden en el uso de sustancias, trabaje en conjunto con el Coordinador de Cuidados para obtener servicios provistos a través del Plan Prepago de Salud para Paciente Internado (PIHP). También obtendrá un manual del miembro PIHP que le explicará en mayor detalle la elegibilidad de PIHP y los servicios de especialistas cubiertos.

Dependiendo de los criterios de elegibilidad, algunos artículos, suministros, ayudas y servicios se ofrecerán a través de nuestro plan o el PIHP. Para asegurarnos de que nuestro plan y el PIHP no están pagando por los mismos artículos, suministros, ayudas o servicios, su Coordinador de Cuidados lo puede ayudar a que obtenga lo que necesita, ya sea de nuestro plan o del PIHP. Los servicios del PIHP tienen criterios diferentes de elegibilidad o considerados médicamente necesarios. Consulte la Sección F en este capítulo y el manual PIHP para más información.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

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

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios en la Sección D le indica los servicios que incluye el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos. Está dividida en dos secciones:

- Servicios generales
  - Ofrecidos a los afiliados
- Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)
  - Ofrecidos solo a los afiliados que:

    - requieren un nivel de atención para un centro de enfermería, pero no residen en uno, y

    - necesitan servicios de extensión cubiertos.

Pagaremos por los servicios descritos en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación. La única excepción es que usted paga la Suma de Pago de Paciente (PPA) que tiene por los servicios del centro de enfermería, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Michigan.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporciona cuidado. En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no necesita ninguna.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco (*).

- Todos los servicios médicos preventivos son gratuitos. Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan pagará una vez para un examen preventivo de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	$0
	Acupuntura para dolor crónico de baja espalda El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; **Este beneficio continúa en la siguiente página** **Acupuntura para dolor crónico de baja espalda (continuación)** • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Suministros y Equipo Médico de Adaptación*	$0
	El plan cubre los dispositivos, controles o aparatos que le permiten a usted aumentar	
	Este beneficio continúa en la siguiente página	
	Suministros y Equipo Médico de Adaptación* (continuación)	
	su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria o percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios podrían incluir: • bancos/sillas para duchas; • silla con asiento elevable; • asientos elevables de inodoros; • alcanzadores; • abridores de jarros; • asiento deslizable; • elevadores para baños/habitaciones; • discos giratorios; • ayuda para el baño tal como esponjas de mango largo;	
	Este beneficio continúa en la siguiente página	
	Suministros y Equipo Médico de Adaptación* (continuación) • ayudas telefónicas; • relojes o teléfonos automáticos que asisten con el recuerdo de medicamentos; • desabrocha botones o tiradores de cierres; • utensilios de cocina modificados; • ayuda para higiene oral modificada; • herramientas de aseo modificada; • almohadillas de calefacción; • contenedores perforantes; • artículos para ejercicios y otras terapias; • monitor de presión arterial con salida de voz; • suplementos nutricionales, tales como Ensure.	

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento El plan paga por un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que lo usan indebidamente, pero no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas. 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 calificado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.	$0
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y en tierra. **Este beneficio continúa en la siguiente página** **Servicios de ambulancia* (continuación)** La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Se requiere autorización previa únicamente para una ambulancia que no sea de emergencia.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Consulta preventiva anual Si usted ha estado en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses. **Nota**: Usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de "Bienvenida a Medicare".	$0
	Mediciones de masa ósea El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.	$0
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) El plan pagará por los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* El plan pagará por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas *intensivos* de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón) El plan paga por una consulta anual a su proveedor de atención médica primaria para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina, • mida su presión arterial, o • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.	$0
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino El plan pagará por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicoláou y exploraciones pélvicas una vez cada 24 meses • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0
	Servicios quiroprácticos* El plan pagará por los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación • Radiografías de diagnóstico • Se requiere una autorización previa después de 18 visitas.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad y mayores, el plan paga por los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol *o* prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basado en ADN, cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará por un examen preventivo de colonoscopia (examen de detección por enema de bario) cada 24 meses. Para personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará por un examen preventivo de colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopía).	$0
	Servicios de Transición a la Comunidad* El plan pagará los gastos por única vez para su transición desde una residencia para ancianos hasta otra residencia donde usted será responsable de su propio alojamiento. Debe vivir en una residencia para ancianos por noventa (90) días consecutivos para recibir este servicio. Los servicios cubiertos pueden incluir: • depósitos de vivienda y seguridad; • conexiones y depósitos para servicios (excluye televisión e Internet); • muebles (limitado); • electrodomésticos (limitado); • gastos de mudanza (excluye dispositivos de diversión y recreación); • limpieza, que incluye control de plagas, control de alérgenos o limpieza general. Este servicio no incluye alquiler mensual permanente ni gastos de hipoteca, cargos regulares de servicios o artículos cuya finalidad sea la diversión o recreación. La cobertura se limita a una vez por año.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: • El plan cubrirá dos intentos para dejar el tabaco en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: • El plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. El plan ofrece 8 sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco, además de su beneficio de Medicare.	$0
	Servicios dentales Molina Dual Options pagará los siguientes servicios: • Los exámenes y las evaluaciones están cubiertos una vez cada seis meses. • La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses. • El tratamiento con fluoruro diamino de plata está cubierto con un máximo de seis aplicaciones de por vida. • Radiografías ◦ Las radiografías panorámicas de mordida son un beneficio cubierto solo una vez cada 12 meses. ◦ Una radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. ◦ Una radiografía de boca completa o una serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. • Empastes. • Extracciones dentales. • Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una vez cada cinco años.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de depresión El plan pagará por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe ser realizado en una instalación de atención médica primaria que puede prestar tratamiento de seguimiento y remisiones, lo que incluye remisiones a su proveedor de atención primaria o al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para más evaluaciones y servicios.	$0
	Examen de detección de diabetes El plan pagará por este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*	$0
	(Para ver una definición de “Equipo médico duradero” (DME), consulte el Capítulo 12 de este manual).	
	Están cubiertos los siguientes artículos: • 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) • Dispositivos de asistencia para el habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores	
	Están cubiertos los siguientes artículos: • Sacaleche • Bastones • Inodoros • Equipo CPAP • Nutrición enteral • Monitor doméstico para actividad uterina • Suministros de incontinencia • Bomba de insulina y suministros • Elevadores, cabestrillos y asientos • Bomba para linfedema • Terapia para heridas con presión negativa • Calzado ortopédico	

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	• Suministros ortóticos • Estimulador de osteogénesis • Suministros de ostomía • Nutrición parenteral • Medidor de flujo respiratorio máximo • Productos para la gradiente de presión • Superficies de apoyo para reducir la presión • Protésicos • Oxímetro de pulso • Apósitos quirúrgicos • Suministros para el cuidado de la traqueotomía • Estimulador de nervios eléctrico transcutáneo • Equipos de ventilación mecánica • Cardioversor-desfibrilador implantable Otros artículos pueden estar cubiertos. Algunos DME son provistos de acuerdo con la póliza de Medicaid de Michigan. Los requisitos para una remisión, orden médica o evaluación se aplican junto con las limitaciones de reemplazo y reparación. Otros artículos pueden estar cubiertos, lo que incluye artículos de asistencia ambientales y tecnología de adaptación/de asistencia. Molina Dual Options también puede cubrir el aprendizaje sobre cómo utilizar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de cuidados integrados trabajará junto a usted si decide que otros artículos y servicios son buenos y estarán en su plan de cuidados. Algunos artículos pueden estar cubiertos a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) de acuerdo con el criterio de elegibilidad. **Este beneficio continúa en la siguiente página** **Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados* (continuación)**	

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan pagará por los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes) • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético El plan también pagará por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas*	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Beneficio de gimnasio Beneficio de gimnasio Silver&Fit® Usted recibe una membresía para los gimnasios participantes, por medio del programa Silver&Fit de Envejecimiento Saludable y Ejercicio. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere ejercitarse en su casa, puede inscribirse en el programa Silver&Fit de Ejercicio en Casa. Si elige hacer ejercicio en un gimnasio, inscríbase en la página web SilverandFit.com o en el gimnasio. Si tiene un proveedor de cuidados, este puede acompañarlo para ayudarlo a utilizar los servicios y equipos del gimnasio. Si decide hacer ejercicio con el Programa Silver&Fit de Ejercicio en Casa, puede elegir hasta 2 kits Home Fitness y 1 kit Stay Fit por año natural. Estos kits lo ayudarán a mantenerse activo en la comodidad de su hogar. Además, por ser miembro de Silver&Fit, tendrá acceso a más de 1,500 videos de ejercicios en formato digital. Puede ver los videos en la página web de Silver&Fit y la aplicación móvil Silver&Fit ASHConnectTM. Disfrute de las clases de ejercicios diarias en Facebook Live y el canal de YouTube de Silver&Fit. Cuenta también con otros recursos digitales, como las clases de envejecimiento saludable, un boletín informativo y recompensas por alcanzar sus metas. Es posible, además, que tenga acceso al asesoramiento telefónico. Los gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto que ayudan a mejorar la fuerza, el equilibrio u otras destrezas. Existen dos maneras de empezar a usar su beneficio Silver&Fit y son las siguientes: • Ingresar en SilverandFit.com. Registrarse para usar la página web. Luego de registrarse, puede buscar el gimnasio más cercano o inscribirse en el Programa de Ejercicio en Casa. También puede buscar clases de gimnasia en línea. • Llame al servicio de atención al cliente de Silver&Fit al (877) 427-4711 (TTY/TDD 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este, excepto los días festivos.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	*Los servicios no estándares que requieren un pago adicional no son parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y ASHConnect son marcas comerciales de ASH y se utilizan con autorización en este documento. Los kits están sujetos a cambios. Otros nombres o logotipos pueden ser marcas comerciales de sus respectivos propietarios. Los gimnasios y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.	
	Programas educativos sobre salud y bienestar Existen varios programas del plan cuya finalidad es ayudar a mejorar su salud y mantenerlo en buen estado. El plan ofrece programas especiales para enfermedades específicas como asma, diabetes o para dejar de fumar. También brindamos información sobre temas importantes relacionados con la salud como inmunizaciones, examen de detección de cáncer y seguridad para los medicamentos. El plan ofrece los siguientes programas educacionales de salud y bienestar: • Educación para la salud • Beneficio de nutrición/alimentación ◦ Hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Su médico puede proveer una remisión para obtener este beneficio. • Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas ◦ Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0
	Servicios de audición* El plan paga por exámenes de audición y equilibrio, realizados por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Para adultos de 21 años de edad o más, el plan paga por evaluación y ajuste de aparatos auditivos dos veces al año y paga por un aparato auditivo cada cinco años. Se requiere remisión y autorización.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de VIH El plan paga por un examen preventivo de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección de VIH; o • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	$0
	Atención de una agencia de atención médica domiciliaria* 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. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • 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 • Ayuda médica domiciliaria cuando sea provista por un servicio de enfermería.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Cuidados paliativos Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidado paliativo: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio **Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare.** • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. **En el caso de los servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:** • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos en el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. **Nota:** Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Puede contactar a su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF)* El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, tales como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados • Sangre, incluyendo su conservación y administración ◦ El plan pagará por sangre completa y concentrada de glóbulos rojos comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite. ◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios de médico • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control. Nuestro plan cubre una cantidad de días ilimitada si es médicamente necesario.

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Si los proveedores de trasplante aceptan Molina Dual Options, usted puede obtener servicios de trasplante de manera local. También puede recibir servicios de trasplante fuera del área de servicio. Usted recibirá un trasplante con un proveedor de la red si Molina Dual Options no puede brindarle un trasplante dentro de la red, autorizaremos la prestación del servicio en una locación distante fuera del área de servicio y organizará y pagará los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si requiere viajar para su trasplante aprobado, háblelo con su coordinador de cuidados de Molina Dual Options.	
	Atención conductual para pacientes internados* El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para este servicio. Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información. El Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados debe aprobar la admisión para una internación psiquiátrica en hospital.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de cáncer de pulmón El plan pagará un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 55 y 77 años, **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, **y** • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	$0
	Beneficio de alimentos* Este programa está diseñado exclusivamente para mantenerlo sano y fuerte durante su recuperación, luego de una internación en un hospital o un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o si tiene una afección médica potencial que requiere que permanezca en su casa durante un tiempo. Si califica, su Coordinador de Cuidados lo inscribirá en el programa. También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su condición crónica. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener 14 días adicionales de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo remita su médico. El plan cubrirá las tres horas de los servicios de asesoramiento personal durante el primer año que obtenga servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la remisión cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambio de dieta a largo plazo **y** • aumento de actividad física **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Transporte médico que no sea de emergencia* El plan cubrirá el transporte ilimitado para viajar hacia sus citas médicas o desde estas y las farmacias, si este es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no sea de emergencia incluyen: • Furgoneta equipada con silla de ruedas • Vehículo de servicio • Taxi • Servicios de viajes compartidos • Autobús/metro	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Cuidado en los centros de enfermería*	$0
	El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada o habitación privada, si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de cuidado; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación • Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería • Servicios de médicos/proveedores Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago: • Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. • La residencia para ancianos donde estuvo viviendo cuando se afilió en Molina Dual Options Este servicio busca ser un cuidado de custodia a largo plazo y no se superpone con la atención en centros de enfermería especializada. Usted debe cumplir con los estándares de Nivel de Atención para un Centro de Enfermería de Medicaid de Michigan para obtener este servicio.	Cuando su ingreso excede una suma de asignación, debe contribuir al costo de su centro de cuidado de enfermería. Esta contribución, conocida como Suma de Pago de Paciente (PPA), se necesita si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, puede que no deba realizar pagos cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará por servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de *a*tención primaria *para* obtener más información.	$0
	Servicios de tratamiento para opioides Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)*	$0
	Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Radiografías • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite, lo que incluye el almacenamiento y la administración. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios técnicos* • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos* • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias* Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión para servicios sanguíneos.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria ◦ Los servicios de observación permiten que el doctor sepa si es necesario internarlo en el hospital. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre internaciones o servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo	$0
	Atención médica mental ambulatoria* Los beneficios de salud conductual para los miembros de MI Health Link son administrados por los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP). Para obtener más información sobre el beneficio, los residentes de condado de Macomb deben llamar al Centro de acceso al (855) 996-2264, y los residentes de condado de Wayne deben llamar al Centro de acceso al (800) 241-4949.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Servicios de rehabilitación ambulatorios* El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatorios de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.	$0
	Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para estos servicios. Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.	$0
	Cirugía ambulatoria* El plan pagará por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Artículos de venta libre (OTC) Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para el catarro y resfrío y vendas. Puede ordenar: • **En línea** – visite MolinaHealthcareOTC.com • **Por Teléfono** – llame gratuitamente a un representante de OTC al (866) 420-4010 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m. (hora estándar del Este), excluyendo días festivos • **Por correo** – complete y devuelva el formulario de pedido de medicamentos de venta libre (OTC) en el Catálogo de Artículos OTC. • **Por la aplicación móvil (aplicación móvil)** – descargue nuestra nueva aplicación móvil OTC-Anywhere y acceda a la aplicación desde su teléfono inteligente o tableta para realizar su pedido. No hay ningún cargo por descargar o usar la aplicación. Esta nueva aplicación funciona en dispositivos móviles que usan sistemas operativos Apple o Android. • **Por tarjeta de débito/minorista**: llame a un representante de OTC, al número de teléfono gratuito mencionado anteriormente, para solicitar una tarjeta de débito OTC. Le enviaremos por correo su tarjeta de débito OTC, junto con las instrucciones de activación. Puede utilizar su tarjeta de débito OTC para comprar productos OTC aprobados en cualquier tienda de Walmart. Cuando realice su pedido en línea, por teléfono, por correo o mediante la aplicación móvil, este se enviará a la dirección que proporcione al realizar el pedido. El envío no le costará nada. Consulte su Catálogo de Artículos OTC 2021 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de OTC para obtener más información. Encontrará información importante que debe tener en cuenta (pautas de pedido) en el Catálogo de Artículos OTC 2021. Usted tiene $75 por trimestre (3 meses) para gastar en productos OTC aprobados por el plan.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Los periodos trimestrales de beneficios OTC son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre. Si no utiliza toda la suma de su beneficio trimestral de medicamentos OTC al hacer su pedido, el saldo restante se transferirá al siguiente periodo de beneficio de medicamentos OTC, lo que le dará más dinero para gastar la próxima vez que haga un pedido. Asegúrese de gastar cualquier suma de beneficio OTC no utilizada al final del año, ya que vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios.	
	Servicios de hospitalización parcial * El plan lo remitirá al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para estos servicios. Consulte la Sección E en este capítulo para obtener más información.	$0
	Servicios de atención personal* El plan pagará por asistencia práctica para ayudarlo a mantenerse en su hogar tanto como sea posible. Los servicios incluyen actividades de la vida diaria (ADL), las cuales son tareas tales como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio también puede incluir actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) pero solo cuando también hay una necesidad para ADL. IADL incluye cosas como ir de compras, lavar la ropa, preparar comidas, recordar medicamentos y tomar sus citas.	$0
	Sistema personal de auxilio para emergencias* El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia. También puede llevar consigo un botón de "ayuda" que le permita la movilidad. El sistema se conecta a su teléfono y programa para emitir una señal en el centro de respuesta una vez que se activa el botón "ayuda".	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	• ◦ el chequeo médico no conduce a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: ◦ no es un paciente nuevo **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no conduce a una consulta médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su doctor tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Los servicios cubiertos de atención dental no rutinario* están limitados a: ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ◦ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ◦ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico **o** ◦ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico	
	Servicios de podología El plan pagará por los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes • Hasta 6 visitas por año para cuidados del pie rutinario.	$0

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

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Servicios de respiro* Puede obtener servicios de respiro a corto plazo de forma intermitente para aliviar a su familia u otro(s) cuidador(es) primario(s) del estrés diario y las demandas de cuidado durante los momentos en los que le provean cuidado sin pagos. Las necesidades de alivio del personal de turno o por horas deben acomodarse según las sustituciones del personal, ajustes del plan o cambios de lugar y no, según los servicios de respiro. No se busca que el respiro se proporcione a largo plazo de forma continua cuando sea parte de servicios diarios que no permitirán que el cuidador sin paga pueda trabajar a tiempo completo en otro lugar. Los servicios de respiro se limitan a 14 estadías para pasar la noche en 365 días, a menos que Molina Dual Options apruebe más tiempo.	$0
	Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) El plan pagará los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ITS. Un proveedor de atención médica primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará por estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de cuidado; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación • Sangre, incluyendo su conservación y administración: ◦ El plan pagará por sangre completa y concentrada de glóbulos rojos comenzando con la primera pinta de sangre que usted necesite. ◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería • Servicios de médicos/proveedores No es necesaria una estadía en el hospital para obtener atención en centros de enfermería especializada (SNF). Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	• Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde su esposo(a) vive en el momento en que usted abandona el hospital	
	Estipendio para costos de mantenimiento de un animal de servicio* El plan pagará hasta $20 al mes por costos de mantenimiento de un animal de servicio si: • Usted recibe servicios de atención personal, **y** • Usted está certificado como discapacitado debido a una condición específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, tal como, artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, derrame o lesión de la columna vertebral, **y** • El animal de servicio está entrenado para cumplir con sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. Su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio deberá utilizarse en primer lugar para cumplir con sus necesidades de atención personal.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)* El plan pagará por la SET, para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. El plan pagará por lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa de SET debe ser de la siguiente manera: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Atención médica requerida urgentemente Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • un caso que no es de emergencia, **o** • una enfermedad médica repentina, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red. Puede recibir servicios de atención médica urgente cuando la necesite, en cualquier lugar en EE. UU. o en sus territorios, sin autorización previa. La atención médica urgente no está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Solo los servicios de emergencia tienen cobertura fuera del estado de Michigan sin autorización previa.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Cuidado para la vista Se cubre un examen de vista rutinario cada dos años. El plan pagará por un par de anteojos iniciales. Los anteojos de repuesto se ofrecen una vez cada dos años. El plan pagará por los lentes de contacto para algunas personas con ciertas afecciones. Se requiere autorización previa solamente para lentes de contacto. El plan pagará por ayuda básica y fundamental para visión reducida (tal como lupas, lectores y otra ayuda para visión reducida). El plan pagará por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con mayor riesgo de glaucoma, el plan cubrirá un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o mayores, e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. El plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía). El plan también pagará por lentes correctivos y monturas, así como reemplazos si los necesita después de una operación de cataratas sin un implante de lente.	$0

	Servicios Generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y • remisiones para atención adicional si la necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de bienvenida a Medicare únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de bienvenida a Medicare.	$0

Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
Programa Diurno para Adultos* El plan cubre las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted califica. Este servicio: • proporciona atención personal y • promueve el bienestar social, físico y emocional. Los servicios se proporcionan por cuatro o más horas por día regularmente en base a un cronograma, por uno o más días en la semana o como se especifique en el plan de cuidados.	$0
Tecnología de Asistencia* Si califica, el plan cubre artículos tecnológicos para incrementar, mantener o mejorar su funcionamiento y promover su independencia. Entre los ejemplos de servicios se incluyen: • elevadores de furgonetas • controles manuales; • sistema de voz computarizado; • tableros de comunicación; • trabas de puertas con activación por voz; • mecanismos de puertas eléctricas; • intercomunicador o alarma especializados; • dispositivo de marcación asistida.	$0

Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de Tarea* Los servicios cubiertos del plan que son necesarios para mantener su hogar en un ambiente limpio, sanitario y seguro si califica. Entre los ejemplos de servicios se incluyen: • tareas pesada del hogar (lavar pisos, ventanas y paredes); • pegado provisional de alfombras y azulejos flojos; • mover artículos pesados de los muebles; • guadañar, despejar y limpiar residuos peligrosos, tales como árboles y ramas caídas; El plan puede también cubrir los materiales y los suministros desechables que se utilizan para completar las tareas.	$0
Modificaciones Ambientales* El plan cubre modificaciones a su hogar si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o hacer que se sienta más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir: • instalación de rampas y barandas; • ampliación de la puerta de entrada; • modificación de batería de baños; • instalación de sistemas eléctricos especializados que son necesarios para adaptar suministros y equipo médico.	$0
Servicios Expandidos para Vivir en Comunidad* Para obtener este servicio, **debe** tener la necesidad de que lo incentiven, lo ayuden, lo observen, lo guíen, le enseñen y/o le recuerden para que se lo ayude a completar sus actividades de la vida cotidiana (ADL), tales como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, otras relacionadas con su higiene personal, etc. Si necesita este servicio, también puede obtener asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), tales como lavado de ropa, preparación de comidas, transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con la medicación, compras, ir a sus citas médicas u otras tareas del hogar. Esto también puede incluir actividades como incentivar, ayudar, guiar, enseñar, observar, recordar y otros tipos de apoyo para que complete sus IADL por su cuenta.	$0

Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios Fiscales Intermediarios* El plan pagará por intermediarios fiscales (FI) para que lo asistan si vive de manera independiente en la comunidad mientras controla su presupuesto de manera individual y elige trabajar en conjunto con el personal. FI lo ayuda a administrar y distribuir los fondos de su presupuesto individual. Utiliza estos fondos para adquirir servicios basados en la comunidad y el hogar dentro de su plan de cuidados. Tiene la autoridad de contratar al cuidador que elija.	$0
Comidas entregadas a domicilio* El plan cubre hasta dos comidas diarias preparadas llevadas a su casa si usted califica.	$0
Transporte No Médico* El plan cubre servicios de transporte para permitirle que acceda a los servicios de exención y otros servicios de la comunidad, actividades y recursos, si usted califica.	$0
Servicios de Enfermería Preventivos El plan cubre servicios de enfermería provistos por una enfermera registrada (RN) o enfermera practicante autorizada (LPN). Puede requerir observación y evaluación de la integridad de la piel, niveles de azúcar en sangre, rango recetado de ejercicios de movimiento o estado físico para calificar. Puede obtener otros servicios de enfermería durante las consultas de la enfermera a su hogar. Estos servicios no se proporcionan de manera continua. Se limitan a no más de dos horas por consulta. Los miembros que reciben los servicios privados de enfermería de guardia no son elegibles para recibir servicios de enfermería preventivos.	$0

Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
Enfermería de Guardia Privada (PDN)* El plan cubre los servicios de enfermería especializada para individuos y de forma continua, hasta un máximo de 16 horas por día, para satisfacer sus necesidades de salud que se relacionen directamente con una discapacidad física. PDN incluye la provisión de una evaluación de enfermería, tratamiento y observación provistos por una enfermera autorizada, de acuerdo con las órdenes de un médico y su plan de cuidados. Debe cumplir con ciertos requisitos médicos para calificar para este servicio. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.	$0
Servicios de Cuidado de Respiro* Puede obtener servicios de respiro a corto plazo de forma intermitente para aliviar a su familia u otro(s) cuidador(es) primario(s) del estrés diario y las demandas de cuidado durante los momentos en los que le provean cuidado sin pagos. Las necesidades de alivio del personal de turno o por horas deben acomodarse según las sustituciones del personal, ajustes del plan o cambios de lugar y no, según los servicios de respiro. No se busca que el respiro se proporcione a largo plazo de forma continua cuando sea parte de servicios diarios que no permitirán que el cuidador sin paga pueda trabajar a tiempo completo en otro lugar.	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

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

E1. Cuidado paliativo

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

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

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

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

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

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

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

- los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Usted no paga nada por estos medicamentos.

Por servicios cubiertos por Medicaid de Michigan:

- El proveedor facturará sus servicios a Molina Dual Options. Molina Dual Options pagará los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan. Usted no paga nada por estos servicios.

Nota: Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Puede contactar a su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

E2. Servicios cubiertos por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP)

Los siguientes servicios están cubiertos por Molina Dual Options, pero están disponibles a través del Plan de Salud para Pacientes Internados Prepago (PIHP) y su proveedor de la red.

Atención conductual para pacientes internados

- El plan pagará por servicios de salud conductual que requieren de una estadía en el hospital.

Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

- Pagaremos por servicios de tratamientos que son provistos por el departamento ambulatorio del hospital si, por ejemplo, le han dado de alta de su internación para el tratamiento de abuso de sustancias o si necesita un tratamiento, pero no requiere el nivel de los servicios provistos en la internación del hospital.

Servicios de hospitalización parcial

- El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.

Consulte el Manual del Miembro PIHP para más información y trabaje con su Coordinador de Cuidados para obtener los servicios provistos a través de PIHP.

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

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

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

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

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **nuestro plan, Medicare o Medicaid de Michigan no cubren los siguientes elementos y servicios:**

- Servicios considerados como no justificados ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid de *Michigan*, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 38 para tener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital o centro de enfermería, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Las enfermeras de guardia privadas excepto para aquellos que califican para este servicio de exención.
- Elementos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción del seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.

- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de 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.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará por anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Anulación de procedimientos de esterilización*
- Reasignación de género (operaciones de cambio de sexo)*
    - A menos que la operación de cambio de sexo sea un servicio de atención médica necesario que se base en la evidencia y, siempre y cuando se proporcione dentro de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una condición, un trastorno o sus síntomas.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios que no son de emergencia prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA).
- Abortos electivos y servicios relacionados
- Servicios para el tratamiento de infertilidad

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

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por pedido del correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y Medicaid de Michigan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del miembro*.

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

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

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

Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas 97

A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica 97

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica 97

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red 97

A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 97

A5. Cómo usar una farmacia especializada 98

A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos 98

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 99

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan 100

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica 100

B. Lista de Medicamentos del plan 100

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos 100

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos 101

B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos 101

B4. Categorías de la Lista de Medicamentos 102

C. Límites para algunos medicamentos 102

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 104

D1. Obtener un suministro temporal 104

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 106

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 108

F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan 108

F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo 108

F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 109

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 109

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 109

G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos 109

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura 110

A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Cuidados.

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

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación del miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos recetados cubiertos. Es posible que no tenga que pagar un copago.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede pedirnos luego que le 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 ayudarlo.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Coordinador de Cuidados.

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

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

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

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

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

Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red de Molina Dual Options en su área, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o llamar al

Departamento de Servicios para Miembros. Su Coordinador de cuidados también puede ayudarlo a encontrar una farmacia nueva.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

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

Para encontrar una farmacia especializada puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Cuidados.

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

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 30 días y no mayor de 90 días. Un suministro de 90 días no necesita copago.

¿Cómo puedo surtir mis recetas médicas por correo?

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este o puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 10 días. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, si su pedido por correo está demorado.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

1. **Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted**

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

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

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

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

3. **Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo**

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

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

Para cancelar su suscripción a nuestro programa, que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días no necesita copago. El *Directorio de Proveedores y Farmacias*

le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

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

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

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

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

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

Para conocer más sobre esto, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de Medicamentos del plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

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

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

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

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

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

B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

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

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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

B4. Categorías de la Lista de Medicamentos

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

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

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

C. Límites para algunos medicamentos

¿Por qué existen límites para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

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

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

¿Qué tipos de reglas existen?

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

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

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

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

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

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

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

2. **Obtención de aprobación previa del plan**

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

3. **Probar primero con un medicamento diferente**

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

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

4. **Límites de cantidades**

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

¿Se aplica alguna de estas reglas a sus medicamentos?

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la
Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web
en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

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

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

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento está incluido en la lista de medicamentos, o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo a usted para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que haya estado tomando:

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

2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:

Para medicamentos de Medicare de la Parte D:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año natural.**
  - Este suministro provisional se otorgará por hasta 60 días.

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

Para los medicamentos de Medicaid de Michigan:

- Es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de medicamentos Medicaid de Michigan de hasta 90 días naturales luego de la afiliación y no lo terminaremos al finalizar los 90 días naturales sin previo aviso y una transición hacia otro medicamento, si es necesario.

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

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque no se encuentre en la lista de medicamentos. O puede solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, él o ella pueden ayudarle a pedirla.

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

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

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

Si necesita pedir una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o su Coordinador de Cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

- Consultar en línea la Lista de medicamentos actualizada de Molina Dual Options en www.MolinaHealthcare.com/Duals.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para ver la Lista de medicamentos actual al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

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

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que es tan efectivo como alguno de los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.

  Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

  - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hagamos una vez que este ocurra.
  - Usted puede solicitar una "excepción" a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este Manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

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

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que es nuevo en el mercado **y**
  - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos **o**

- Cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan:

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

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

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

Es posible que realicemos cambios que no afecten a los medicamentos que usted toma en este momento. Sin embargo, si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, por lo general, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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

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

Si toma medicamentos para distintas enfermedades y/o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar sus medicamentos con opioides de forma segura, es posible que usted sea elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Un farmacéutico

u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

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

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su consulta preventiva anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

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

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o el Coordinador de Cuidados.

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

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

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

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

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

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

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

El DMP puede no aplicar a usted si:

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

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid de Michigan

Introducción

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

- medicamentos recetados de Medicare Parte D **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Michigan **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medicaid de Michigan, usted obtiene “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare para ayudarlo a pagar por sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

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

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

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

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

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

Tabla de contenidos

A. La *Explicación de Beneficios (EOB)* 114

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos 114

C. Un resumen de la cobertura de medicamentos 114

C1. Las categorías del plan 115

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 115

C3. Resumen de cobertura de medicamentos 116

D. Vacunas 116

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna 117

A. La *Explicación de Beneficios (EOB)*

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos el control de los costos de sus medicamentos. Esto incluye la suma de dinero que el plan (o terceros que paguen en su nombre) paga por usted por sus recetas médicas.

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

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. **Utilice su tarjeta de identificación del miembro.**

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

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

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

3. **Revise los informes que le enviemos.**

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

C. Un resumen de la cobertura de medicamentos

Como miembro de Molina Dual Options, usted no paga nada por los medicamentos de venta libre (OTC) y recetados, siempre que siga las reglas de Molina Dual Options.

C1. Las categorías del plan

Las categorías son grupos de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de tres (3) categorías. Los medicamentos de cualquiera de estas categorías no tienen ningún costo para usted.

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

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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

C3. Resumen de cobertura de medicamentos

Su cobertura por un suministro de un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 90 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Categoría 1 (medicamentos genéricos)	$0	$0	$0	$0
Categoría 2 (medicamentos de marca)	$0	$0	$0	$0
Categoría 3 (medicamentos de venta libre [OTC]/ medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)	$0	$0	$0	$0

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

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. No tendrá que pagar por ninguna vacuna si la obtiene de un proveedor dentro de la red. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

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

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

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

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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos 119

B. Cómo enviar una solicitud de pago 120

C. Decisión de cobertura 121

D. Apelaciones 121

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 160.

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

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

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

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

   Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

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

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

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

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

Para Servicios Médicos y Medicamentos de Medicaid:

Molina Dual Options
Attn: Appeals & Grievances
880 W. Long Lake Rd., Suite 600
Troy, MI 48098

Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):
Molina Dual Options
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 36 meses posteriores a haber recibido el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

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

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

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

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

D. Apelaciones

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

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

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reintegro por un servicio de atención médica, consulte la página 160.
- Si desea presentar una apelación sobre un reintegro por un medicamento, consulte la página 162.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades 123

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos 124

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 125

C1. Cómo protegemos su PHI 125

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos 126

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 132

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente 133

F. Su derecho a salirse del plan 133

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 134

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica 134

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 134

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 135

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 135

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos. 136

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 136

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

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

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este o llame su Coordinador de Cuidados al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés y en formatos tales como letra grande, sistema Braille o audio.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como solicitud permanente. Mantendremos un seguimiento de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma distinto del inglés, póngase en contacto con el Estado al (800) 642-3195, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este, para actualizar su expediente con el idioma preferido. Para obtener este documento en un formato alternativo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 de horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede presentar una queja ante Medicaid de Michigan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

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

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST or your Care Coordinator at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday - Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m., EST. Our plan has people who can answer questions in different languages
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio.

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 642-3195, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 7 p.m., EST to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 735-5604, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Care Coordinator for help with standing requests.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You may also file a complaint with Michigan Medicaid. Please see Chapter 9 for more information.

A يحق لك الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك.

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة تستطيع استيعابها، قم بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: يمكن الاتصال على الرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت الشرقي القياسي، أو بمنسق الرعاية الخاص بك على الرقم 735-5604 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً، حسب التوقيت الشرقي القياسي. إن خطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة
- كما يمكن أن توفر لك الخطة مواد بلغات غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو بطريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 3195-642 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 7 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية / أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي القياسي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاصة بك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.
- إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 2048-486-877-1 كما يحق لك كذلك التقدم بشكوى ضد Michigan Medicaid. يُرجى الاطلاع على الفصل التاسع لمعرفة المزيد من المعلومات.

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

Si tiene dificultades para obtener atención médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Si tiene dificultades para obtener servicios dentro de un periodo razonable, trabajaremos con usted para

derivarlo a otro proveedor. De ser necesario, también podemos remitirlo a un proveedor fuera de la red si no podemos brindarle el servicio dentro de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar el PCP dentro del plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en al Capítulo 3.
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a alguien que no es su PCP.
- 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.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa.
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

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

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

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

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

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

C1. Cómo protegemos su PHI

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

En la mayoría de las situaciones, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito.

El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

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

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Se nos exige dar a Medicare y Medicaid de Michigan su PHI. Si Medicare o Medicaid de Michigan divulgan su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

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

Usted tiene derecho a modificar o corregir la información en su historia clínica. La corrección se convertirá en parte de su historia clínica.

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

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

Su privacidad

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina su PHI?

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

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita el número de personas que pueden ver la PHI. Solo el personal de Molina que necesite su PHI puede usarla.
- El personal de Molina está capacitado sobre cómo proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada usando firewalls y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

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

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

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

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

Lo anterior es solo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este *Manual del miembro*. Está en nuestra página web en www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY, sírvanse llamar al 711.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF MICHIGAN

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

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

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

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

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

Para tratamiento

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

Para pago

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

Para operaciones de atención médica

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

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

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

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

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

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

Requerido por ley

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

Salud pública

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

Control de la atención médica

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

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

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

Cumplimiento de la ley

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

Salud y seguridad

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

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

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

Indemnización al Trabajador

Su PHI puede ser usada o compartida para obedecer las leyes de Indemnización al Trabajador.

Otras divulgaciones

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene derecho a:

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

  Puede solicitarnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitarnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre y que estén involucradas en su atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

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

- **Revisión y copia de su PHI**

  Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que almacenamos. Esto puede incluir los registros usados para tomar decisiones de cobertura, quejas y tomar otras decisiones como miembro de Molina. Deberá realizar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar los registros. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea ver, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Modificar su PHI**

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

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

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

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

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

Puede realizar cualquiera de las solicitudes mencionadas anteriormente u obtener una copia impresa de este Aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY sírvanse llamar al 711.

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

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

Usted puede presentar una queja con nosotros en:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Director of Member Services
880 W. Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098
Teléfono: (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY sírvanse llamar al 711.

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

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 515F, HHH Building
(800) 368-1019; (800) 537-7697;
(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son los deberes de Molina?

Molina debe:

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

Este Aviso está sujeto a cambio

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

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Director of Member Services
880 W. Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098

Teléfono: (855) 735-5604, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY sírvanse llamar al 711.

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

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla español, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, llámenos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Este es un servicio gratuito. Nuestro plan también dispone de material escrito disponible en español y árabe. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Para realizar una solicitud permanente de materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:
  - Información financiera
  - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  - El número de apelaciones hechas por los miembros
  - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
  - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red

  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
  - Para ver una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites para su cobertura y medicamentos
  - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no se encuentra cubierto y lo que usted puede hacer al respecto, incluido pedirnos que:
  - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto
  - Cambiemos una decisión que hemos tomado
  - Paguemos una factura que usted recibió

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

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

F. Su derecho a salirse del plan

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

- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Vea el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un plan Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta nuevo.
- Si hay otro plan MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a otro plan MI Health Link y continuar obteniendo los beneficios coordinados de Medicare y Medicaid de Michigan.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid de Michigan a través de Medicaid original de Michigan (pago por cada servicio).

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

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

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

Puede llamar a Molina Dual Options para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de directiva anticipada. Molina Dual Options actualiza la información sobre las instrucciones anticipadas a más tardar noventa (90) días naturales después de recibir un aviso sobre cambios en las leyes estatales.

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

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

El documento legal que usted puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada

uno. Algunos ejemplos son una directiva anticipada psiquiátrica y un poder notarial duradero para la atención médica.

Ahora es un buen momento para escribir sus directivas anticipadas, para poder hacer saber sus deseos mientras está saludable. En el consultorio de su médico encontrará una directiva anticipada que puede llenar para hacerle saber a su médico lo que usted desea. Su directiva anticipada a menudo incluye una orden de no resucitar. Algunas personas hacen esto después de hablar con su médico acerca de su estado de salud. Es un aviso por escrito para los trabajadores de servicios de salud que lo estén tratando, para que sepan cómo actuar si deja de respirar o su corazón se detiene. Su médico puede ayudarlo con esto si le interesa.

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

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medicaid de Michigan también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conserve una copia de esta para el hospital**.

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

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

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

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

En Michigan, su directiva anticipada tiene obligatoriedad sobre médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en su directiva anticipada, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan, Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud llamando al 1-800-882-6006.

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

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

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

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, State Health Insurance Assistance Program). En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid (MMAP, Medicare/Medicaid Assistance Program). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar sus “Derechos y Protecciones de Medicare” en la página web de Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- El programa de Mediador de MI Health Link. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2. El número de teléfono del programa de Mediador de MI Health Link es 1-888-746-6456; puede llamar de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

- **Lea el *manual del miembro*** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
  - Servicios cubiertos, vea los capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican a usted lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.

- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
  - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options, Medicaid de Michigan paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - La Suma de Pago de Paciente (PPA) es la suma de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que está en una residencia para ancianos; se basa en su ingreso y es establecida por el estado. Cuando su ingreso excede una suma de asignación, debe contribuir al costo de su centro de cuidado de enfermería. Se requiere la contribución de PPA si usted vive en un centro de enfermería. El Capítulo 4 brinda información adicional sobre la suma de pago de paciente para los servicios del centro de enfermería.
  - Cualquier prima del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS.
  - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.**
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.

  - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medicaid de Michigan sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Medicaid de Michigan.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.
- Los afiliados de 55 años o mayores que reciban servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a recuperación del patrimonio después de su fallecimiento. Para obtener más información, puede:
  - contactar a su coordinador de cuidados,
  - llamar a la Línea de Ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195,
  - visitar la página web www.michigan.gov/estaterecovery, **o**
  - enviar las preguntas por correo electrónico a MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov

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

Introducción

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

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

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

Debe obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de su salud como parte del plan de cuidado. Primero debe intentar trabajar con sus proveedores y con Molina Dual Options. **Si todavía tiene algún problema con su atención médica o con nuestro plan, puede llamar al mediador de MI Health Link al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Mediador de MI Health Link para que lo orienten con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar su preocupación y las formas de contactarlos, vea el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.

Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema 142

A1. Información acerca de los términos legales 142

B. A dónde llamar para pedir ayuda 142

B1. Dónde obtener más información y ayuda 142

C. Qué proceso se puede utilizar para ayudarlo con su problema 143

C1. Cómo usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas 143

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 144

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura 144

D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura 144

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará 145

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 147

E1. Cuándo usar esta sección 147

E2. Solicitar una decisión de cobertura 148

E3. Apelación Interna para servicios, artículos y medicamentos (no para Medicamentos de la Parte D) 150

E4. Apelación Externa para servicios, artículos y medicamentos (no para Medicamentos de la Parte D) 154

E5. Problemas de pago 160

F. Medicamentos Parte D 162

F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D 162

F2. Qué es una excepción 163

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones 164

F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 165

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D 168

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D 170

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital 171

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare 172

G2. Apelación del nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 173

G3. Apelación del nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 175

G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación 175

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto 177

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura 178

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica 178

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica 180

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1 181

I. Opciones de apelación luego de las Apelaciones de Nivel 2 o apelaciones externas 183

I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare 183

I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicaid de Michigan 184

J. Cómo presentar una queja 184

J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas? 184

J2. Quejas internas 186

J3. Quejas externas 187

A. Qué hacer si tiene algún problema

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

A1. Información acerca de los términos legales

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

Por ejemplo, diremos:

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

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

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

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

Puede obtener ayuda del Programa de Mediador de MI Health Link

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o para entender qué hacer para solucionar su problema, puede llamar al Programa de Mediador de MI Health Link. El Programa de Mediador de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del mediador de MI Health Link es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Los asesores de MMAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El MMAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El MMAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de MMAP es 1-800-803-7174. También puede encontrar información en la página web de MMAP, mmapinc.org.

Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan

También puede llamar a Medicaid de Michigan para obtener ayuda cuando tenga problemas. Llame a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio de teléfono vía internet. También puede enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan. gov.

Livanta es la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de Michigan que puede brindar asistencia si cree que le están dando el alta demasiado pronto. Llame a Livanta al 1-888-524-9900, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados, domingos y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (TTY: 1-888-985-8775).

C. Qué proceso se puede utilizar para ayudarlo con su problema

C1. Cómo usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas

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

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura? (Esto incluye problemas para saber si determinados servicios de atención médica, servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos recetados tienen cobertura o no, la forma de su cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo o los medicamentos recetados).	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección 4: "Decisiones de cobertura y apelaciones"** en la página 144.	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Siga a la **Sección 10: "Cómo presentar una queja"** en la página 184.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

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

NOTA: Los servicios de salud conductual están cubiertos por su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno de abuso de sustancias. Contacte al PIHP para obtener información sobre las decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY:1-800-630-1044). Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY: 711).

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, elementos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. También estamos tomando una decisión de cobertura cuando usted nos solicita incrementar o cambiar el monto de un servicio, artículo o medicamento que ya esté recibiendo.

Si usted o sus proveedores tienen alguna duda sobre la cobertura de un servicio, artículo o medicamento por Medicare o Medicaid de Michigan, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

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

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

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a su **Coordinador de Cuidados** al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.
- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.

- Llame al **Programa de Mediador de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Programa de Mediador de MI Health Link puede ayudarlo con sus inquietudes o problemas con MI Health Link o nuestro plan. El Programa de Mediador de MI Health Link es un programa independiente y no está asociado a nuestro plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- Llame al **Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP)** para obtener ayuda gratuita. El MMAP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-803-7174.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante", para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el "Formulario para nombramiento del representante".
  - También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visitando nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Si decide tener un abogado, debe pagar por los servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante.
  - Sin embargo, no es necesario que tenga un abogado para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

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

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

- **En la Sección E de la página 147**, se proporciona información si tiene problemas con servicios, elementos y medicamentos (pero **no** en Medicamentos Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica u otros apoyos y servicios que desea, y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
  - No autorizamos servicios, elementos ni medicamentos que su médico desee proporcionarle, y usted cree que esta atención debería estar cubierta y que es médicamente necesaria.

    - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, con un (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 162 para ver apelaciones por medicamentos Parte D.
  - Usted obtuvo atención médica u otros servicios y apoyos que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
  - Recibió y pagó por atención médica u otros servicios y apoyos que creía que estaban cubiertos y desea solicitar un reembolso.
  - A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 171 y 177.
- En la **Sección F de la página 162**, se brinda información sobre los medicamentos Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
  - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
  - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
  - Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos.)
- En la **Sección G de la página 171**, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más larga en el hospital si cree que el doctor le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
  - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección H de la página 177**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro acerca de qué sección debería consultar, llame a su coordinador de cuidados al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Si necesita más ayuda o información, llame al Programa de Mediador de MI Health Link al 1-888-746-6456**.**

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por concepto de sus servicios médicos o servicios y apoyos a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para obtener información sobre apelaciones por medicamentos Parte D.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Considera que cubrimos un servicio médico u otros servicios y apoyos que necesita, pero que no está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 148 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su proveedor desea darle y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.

   Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 160 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

   NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones G o H en las páginas 171 y 177 para obtener más información.

E2. Solicitar una decisión de cobertura

¿Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios de atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
- Usted puede enviarnos un fax al: (888) 295-7665
- Puede escribirnos a: Molina Dual Options80 West Long Lake Road, Suite 600Troy, MI 48098

NOTA: Su Plan de Salud de Paciente Internado Prepago (PIHP) tomará decisiones de cobertura sobre su salud conductual, discapacidad intelectual/desarrollo y servicios y ayuda para el desorden en el uso de sustancias. Para más información póngase en contacto con el PIHP. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY: 1-800-630-1044). Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY: 711).

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

Por lo general, el plazo es de 14 días naturales posteriores a su solicitud, la de su representante o su proveedor, a menos que la solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una decisión en no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días naturales (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

> **El término legal** para "decisión de cobertura rápida" es "**determinación acelerada**".

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, o enviarnos un fax al(888) 295-7665. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si está solicitando cobertura por servicios o elementos que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o por un artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si la fecha límite estándar de 14 días naturales (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente.
   - Si su proveedor dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida le daremos una automáticamente.
   - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval del proveedor, decidiremos si recibe una decisión de cobertura rápida.
     - Si decidimos que su afección no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días naturales (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).
     - Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
     - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 184.

¿Cómo averiguo la respuesta de mi plan sobre la decisión de cobertura*?*

Le enviaremos una carta contándole si hemos aprobado o no su cobertura.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con nuestras razones para decirle que **No**.

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al proceso de Apelaciones Internas (consulte la sección a continuación para obtener más información).

E3. Apelación Interna para servicios, artículos y medicamentos (no para Medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión de cobertura (denegación) o cualquier acción adversa que hayamos tomado. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

NOTA: Su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) maneja apelaciones sobre servicios y ayuda para casos relacionados con salud conductual, discapacidad intelectual/de desarrollo y trastorno de abuso de sustancias. Para más información póngase en contacto con el PIHP. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY: 1-800-630-1044. Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY: 711).

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link al 1-888-746-6456. El Mediador de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una acción adversa?

Una acción adversa es una acción o inacción por parte de nuestro plan que usted puede apelar. Estos incluyen:

- Denegamos o limitamos un servicio o artículo que su proveedor solicitó.
- Reducimos, suspendemos o terminamos una cobertura que había sido aprobada.
- No pagamos por un servicio o artículo que cree que está cubierto.
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos solicitados.
- No pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red dentro de una cantidad de tiempo razonable.
- No actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura ni le dimos una decisión.

.¿Qué es una Apelación Interna?

Una apelación interna (también conocida como Apelación de Nivel 1) es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de su cobertura para ver si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito y le explicaremos lo que puede hacer en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión.

Debe solicitar una Apelación Interna antes de solicitar una apelación externa, según se indica en la Sección E4 a continuación.

Usted puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Guía rápida: ¿Cómo puedo hacer una Apelación Interna?

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su proceso de apelaciones está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha limite aplica a su apelación.

¿Cómo puedo hacer una Apelación Interna?

- Para iniciar una apelación, usted, su representante o su proveedor, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para hacer apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación “estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:

    Molina Dual Options
    Attn: Depto. de Quejas y Apelaciones
    P.O. Box 22816
    Long Beach, CA 90801-9977

  - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden hacer la apelación por usted. Además, alguien que no sea su doctor u otro proveedor puede hacer la apelación por usted. Primero, debe llenar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

A fin de obtener un Formulario para nombramiento del representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Debemos recibir el Formulario para nombramiento del representante completo antes de revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación interna?

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

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: estuvo en el hospital o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su proceso de apelaciones está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante la apelación interna?” en la página 167 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a

viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

¿Puede mi proveedor darles a ustedes más información acerca de mi apelación?

Sí. Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para apoyar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica u otros apoyos y servicios. Luego, verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

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

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

Debemos responderle dentro de 30 días naturales tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días naturales después de recibir su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su afección de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, nos comunicaremos con usted a fin de informarle el motivo. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 184.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 30 días naturales (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), automáticamente enviaremos su caso a una apelación externa si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de Medicaid de Michigan de un servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la Sección E4 en la página 154.

Si nuestra respuesta es Sí en su totalidad o en parte a todo lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B) .

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que automáticamente enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación externa. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicaid de Michigan, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una apelación externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la Sección E4 en la página 154.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación "rápida"?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su afección lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 184.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), automáticamente enviaremos su caso a una apelación externa si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de Medicaid de Michigan de un servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación Externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la Sección E4 en la página 154.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, deberemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación externa. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicaid de Michigan, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una apelación externa. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación Externa, consulte la Sección E4 en la página 154.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio que fue previamente aprobado, le avisaremos antes de tomar la acción propuesta. Si presenta una apelación interna dentro de los 10 días naturales desde la fecha de nuestro aviso o previa a la fecha de vigencia de intención de la acción, continuaremos con sus beneficios para el servicio mientras la apelación interna está pendiente.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, no obtendrá ese servicio a menos que su apelación esté terminada y nuestra decisión sea que el servicio está cubierto.

E4. Apelación Externa para servicios, artículos y medicamentos (no para Medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que No en la Apelación Interna, ¿qué sucede después?

Debe solicitar una Apelación Interna y obtener una decisión de nuestra parte antes de que pueda solicitar una apelación externa.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su Apelación Interna, le enviaremos un aviso de rechazo de apelación. Este aviso se llama “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”. Este aviso le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare y/o Medicaid de Michigan.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de Medicare, automáticamente tendrá una Apelación Externa con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la Apelación Interna esté completa.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa ante la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) y/o solicitar una Revisión Externa con el Departamento de Seguro y Servicios Financiero de Michigan (DIFS). El Aviso de Decisión de apelación le indicará cómo hacerlo. También hay información en la página 154.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Medicaid de Michigan, automáticamente tendrá una Apelación Externa con la IRE. También puede solicitar una Apelación Externa con MOAHR y/o una Revisión Externa con DIFS.

¿Qué es una Apelación Externa?

Una Apelación Externa (también conocida como Apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de Apelación Externa de Medicare recibe el nombre de Entidad de Revisión Independiente (IRE). La Apelación Externa de Medicaid de Michigan es una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR). También tiene el derecho de solicitar una Revisión Externa de negación de un servicio de Medicaid de Michigan a través del Departamento de Seguro y Servicios Financiero de Michigan (DIFS).

Mi problema es acerca de un artículo o servicio cubierto por Medicaid de Michigan. ¿Cómo puedo realizar una Apelación Externa?

Hay dos maneras de realizar una Apelación Externa para los servicios y artículos de Medicaid de Michigan: (1) audiencia imparcial o (2) revisión externa.

1. Audiencia Imparcial

Tiene el derecho de pedir una Audiencia Imparcial ante la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR). Una audiencia imparcial es una revisión de la decisión tomada por nuestro plan. Puede pedir una Audiencia Imparcial después de la apelación interna ante nuestro plan. Además, si no recibe un aviso acerca de su apelación, o una decisión sobre su apelación dentro del plazo de tiempo en el que el plan debe contestar al respecto, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid de Michigan.

Deberá solicitar una audiencia imparcial **dentro de los 120 días** de la fecha del Aviso de Decisión de la Apelación.

NOTA: Si solicita una audiencia imparcial porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se cambiará o se interrumpirá, tiene **menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras la audiencia imparcial está en proceso. Consulte "¿Continuarán mis beneficios durante Apelaciones Externas?" en la página 154 para obtener más información.

Para solicitar una audiencia imparcial ante la MOAHR, debe completar el Formulario para solicitud de audiencia. Le enviaremos un Formulario para solicitud de audiencia con el Aviso de decisión de cobertura. También puede obtener el formulario llamando a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de Medicaid de Michigan al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630, si llama desde un servicio de teléfono vía Internet, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Complete el formulario y envíelo a:

Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR)
PO Box 30763
Lansing, MI 48909
FAX: 517-763-0146

También puede solicitar una audiencia imparcial acelerada (rápida) escribiendo a la dirección o enviando un fax al número antes mencionados.

Luego de que MOAHR reciba su solicitud de audiencia imparcial, recibirá una carta donde se informará la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Las audiencias generalmente se llevan a cabo por teléfono; sin embargo, puede pedir que su audiencia se lleve a cabo en persona.

La MOAHR le dará una respuesta por escrito dentro de los 90 días naturales desde cuando recibió su solicitud para una audiencia imparcial. Si califica para una Audiencia Imparcial acelerada, la MOAHR debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, la MOAHR necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales.

Luego de recibir la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días naturales desde la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia o una reconsideración, o presentar una apelación en los Tribunales de Circuito.

2. Revisión Externa

También tiene derecho a pedir una revisión externa a través del Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Antes de solicitar este tipo de apelación externa, debe completar primero el proceso de apelación interna.

Su solicitud para una Revisión Externa debe ser presentada **dentro de los 127 días naturales** de haber recibido la decisión de apelación interna.

NOTA: Si calificó para una continuación de los beneficios durante la apelación interna y pide una revisión externa **dentro de los 10 días naturales** desde la fecha de la decisión de apelación interna, puede continuar obteniendo el servicio en disputa durante la revisión. Consulte "¿Continuarán mis beneficios durante Apelaciones Externas?" en la página 154 para obtener más información.

Para solicitar una revisión externa ante el DIFS, debe completar el formulario de revisión externa para una solicitud de atención médica. Le enviaremos este formulario con nuestro Aviso de Decisión de Apelación. También puede obtener una copia de este formulario llamando a DIFS al 1-877-999-6442. Complete el formulario y envíelo con toda la documentación de soporte a:

DIFS: Oficina de
Investigación, reglas y apelaciones - Sección de apelaciones
PO Box 30220
Lansing, MI 48909-7720
FAX: 517-284-8838
Correo electrónico: DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov
Línea directa del consumidor del Departamento de Seguro y Servicios Financiero de Michigan (DIFS): 877-999-6442

Si su solicitud no incluye la revisión de historia clínica, la Revisión Externa será llevada a cabo por el director del DIFS. Si su solicitud incluye problemas de necesidad médica o criterios de revisión clínicos, será enviado a una Organización de Revisión Independiente (IRO) separada.

Si la revisión es llevada a cabo por el director y no requiere la revisión por parte de la IRO, el director emitirá una decisión dentro de los 14 días naturales luego de que su solicitud sea aceptada. Si su revisión es remitida a una IRO, esta le dará sus recomendaciones al DIFS dentro de los 14 días naturales luego de que se le asigne la revisión. Luego el director emitirá una decisión dentro de los 7 días calendario luego de que reciba la recomendación de la IRO.

Si el plazo estándar para la revisión pone en peligro su vida o su salud, podrá calificar para una revisión acelerada (rápida). Una revisión acelerada se completa dentro de las 72 horas de la solicitud. Para calificar para una revisión acelerada, debe tener un médico que verifique que el plazo para una revisión estándar pondrá en riesgo su vida o su salud.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Revisión Externa, tiene el derecho de apelar ante un Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días desde la fecha de la decisión.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación Externa?

La Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de apelación interna y decidirá si se debe cambiar.

- Usted no necesita solicitar una Apelación Externa. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

La IRE debe darle una respuesta con respecto a su Apelación Externa en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener elementos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en la apelación interna, automáticamente tendrá una apelación rápida en la apelación externa. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Medicaid de Michigan, enviaremos automáticamente su Apelación Externa a la Entidad de Revisión Independiente. También puede presentar una Apelación Externa a la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOHAR) y/o una Revisión Externa al Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Siga las instrucciones en la página 154.

¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones Externas?

Si previamente aprobamos la cobertura para un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que caducara la autorización, en algunos casos puede continuar recibiendo sus beneficios durante las Apelaciones Externas.

- Si el servicio está cubierto por Medicare *y* Usted califica para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio automáticamente continuarán durante el proceso de Apelación Externa con la Entidad de revisión independiente (IRE).

- Si el servicio está cubierto por Medicaid de Michigan, los beneficios correspondientes a ese servicio continuarán si califica para la continuación de los beneficios durante su apelación interna y solicita una audiencia imparcial de la MOAHR o una revisión externa del DIFS dentro de los 10 días naturales desde la fecha del *Aviso de la Decisión de Apelación*.
- Si el servicio puede estar cubierto por Medicare y Medicaid de Michigan y usted califica para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio automáticamente continuarán durante la revisión de la IRE. También puede calificar para la continuación de los beneficios durante la revisión de la MOAHR y/o DIFS si presenta una solicitud dentro de los plazos enumerados anteriormente.

Si sus beneficios se continúan, puede seguir recibiendo el servicio antes de que ocurra uno de los siguientes: (1) usted retira la apelación; o (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, la MOAHR, y/o el DIFS) deciden “rechazar” su solicitud. Si alguna de las entidades decide “aceptar” su solicitud, sus servicios continuarán.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su apelación externa se envió a la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia Imparcial, la MOAHR le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la MOAHR le dice que **sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar el servicio tan pronto como sea posible si su afección lo requiere, pero no después de las 72 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la MOAHR.
- Si la MOAHR dice **no** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que está de acuerdo con la decisión de Apelación Interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su Apelación Externa se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta explicándole la decisión del director.

- Si DIFS dice **sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio tan pronto como su afección lo requiere.
- Si DIFS dice **no** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que está de acuerdo con la decisión de Apelación Interna. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su Apelación Externa fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como sea posible si su afección lo requiere, y no después de las 72 horas desde la fecha que obtenga la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

- Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, eso significa que están de acuerdo con la decisión de apelación interna. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si tengo diferentes tipos de Apelaciones Externas y las decisiones sobre las mismas son diferentes?

Si alguna de las organizaciones de Apelación Externa (MOAHR, DIFS o IRE) decide que **sí** a todo o a una parte de lo que solicitó, aprobaremos el servicio o artículo más cercano al que solicitó en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación externa se presentó en la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia Imparcial, puede apelar la decisión dentro de los 30 días ante el Tribunal de Circuito. También puede solicitar una audiencia nueva o una reconsideración por parte de la MOAHR dentro de los 30 días.

Si su Apelación Externa se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, puede apelar ante el Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días desde la fecha de la decisión.

Si su Apelación Externa se envió a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada.

La carta que usted reciba de la MOAHR, DIFS, o IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener. Consulte la Sección I de la página 199 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

NOTA: Sus beneficios para el servicio en disputa no continuarán durante los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura. La única suma que se le debe solicitar que pague es la Cantidad que Paga el Paciente (PPA) requerida por la atención médica en un centro de enfermería.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección E3 de la página 150. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si le decimos **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones luego de la revisión de la IRE, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con una cantidad mínima. Consulte la Sección I en la página 183 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si respondemos **no** a su apelación y Michigan Medicaid sí suele cubrir el servicio o el artículo, puede solicitar una audiencia imparcial a la Oficina de Reglas y Audiencias Administrativas de Michigan (MOAHR) o una Revisión Externa al Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (consulte la Sección E4 en la página 154).

F. Medicamentos Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Michigan podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de Medicamentos incluye algunos medicamentos con un (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E en la página 147.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Nos solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
  - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

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

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

Use la tabla que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección F2** en la página 163. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 164 y 165.	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.** Avance a la **Sección F4** en la página 165.	**Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la **Sección F4** en la página 165.	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Avance a la **Sección F5** en la página 168.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.
   - Si acordamos realizar una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, no tendrá cargos.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
   - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:

- Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
- Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
- Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

> **El término legal** para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Se les llama "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 en la página 168, se explica cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **Negativa**.

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

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

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 144 a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Guía rápida: Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

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

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

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

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

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

El término legal de “decisión de cobertura rápida” es **“determinación de cobertura acelerada”**.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.**

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

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el aval de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta para avisarle. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
  - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. A fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 184.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

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

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

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

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días naturales.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su recetador deben comunicarse con nosotros.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

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

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos Parte D es **“redeterminación”** del plan.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se detallan en la Sección F4 en la página 165.

> **El término legal** de “apelación rápida” es **“redeterminación acelerada”.**

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días naturales, o 14 días naturales si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.

- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días naturales después de recibir su apelación o 14 días naturales si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos Parte D

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

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento Parte D es **"reconsideración"**.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de revisión independiente (IRE) una "apelación rápida".
- Si la IRE decide otorgarle una "apelación rápida", deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para "apelaciones estándares" en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días naturales posteriores a recibir su apelación, o 14 días naturales si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".

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

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

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

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le dará a usted un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. El «Mensaje importante» le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para adquirir una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación del nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente apropiada para usted.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital,** podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama** para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Llame a la organización de mejoramiento de calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida una "revisión rápida".

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 175.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. También puede llamar al Programa de Asistencia de Michigan Medicare/Medicaid (MMAP) al 1-800-803-7174. También puede obtener ayuda del mediador de MI Health Link llamando al 1-888-746-6456.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

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

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para una "revisión rápida" es **"revisión inmediata"**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal de esta explicación por escrito es "**Aviso detallado de alta**". Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la apropiada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día *siguiente* a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde que **No** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

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

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

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

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación

Puede presentar una apelación

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

NOTA: Su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) maneja apelaciones sobre servicios y ayuda para casos relacionados con salud conductual, discapacidad intelectual/de desarrollo y trastorno de abuso de sustancias. Esto incluye apelaciones alternativas para atención mental para pacientes internados. Para más información póngase en contacto con el PIHP. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY: 1-800-630-1044). Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY: 711).

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

Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (que es dentro de 60 días o a más tardar en la fecha programada de alta médica, lo que ocurra primero), podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

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

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

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

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

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección 10 de la página 184, se describe cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Guía rápida*: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2*

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

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

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.

- Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
- Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días naturales antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama Notificación de No Cobertura de Medicare.

- El aviso escrito le informa la fecha en la que terminaremos la cobertura de su atención médica.
- El aviso escrito también le informa a usted cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando su cobertura finalice, dejaremos de pagar su atención médica.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J de la página 184, se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. O llamar al Programa de Asistencia de Michigan Medicare/ Medicaid (MMAP) al 1-800-803-7174.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida una “apelación rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

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

¿Qué debe solicitar usted?

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

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 181.

El término legal del aviso escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, y TTY: 711 o
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión. Usted recibirá una carta explicando la decisión.

> **El término legal** para la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es "**explicación detallada de No Cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

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

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

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

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al 1-888-524-9900 y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

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

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

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

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1

Puede presentar una apelación

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

Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos para determinar si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si decimos No** a su revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente apropiado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.

Guía rápida*: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1*

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 184, se describe cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención médica

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También tendremos que continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de servicios es médicamente apropiado.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

I. Opciones de apelación luego de las Apelaciones de Nivel 2 o apelaciones externas

I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 o una Apelación Interna y una Apelación de Nivel 2 o una Apelación Externa para artículos o servicios de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted puede tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicaid de Michigan

Usted también tiene más derechos de apelación si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar cubiertos por Medicaid de Michigan.

Si su apelación se envió a la Oficina de Audiencia y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará a una carta explicando su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de MOAHR, tiene 30 días naturales desde la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración o presentar una apelación en los Tribunales de Circuito. Póngase en contacto con la MOAHR al 1-877-833-0870 para información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación se presentó en el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, DIFS le enviará una carta explicándole la decisión del director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene el derecho de apelar ante un Tribunal de Circuito en el condado donde vive o en la Corte de Reclamos de Michigan dentro de los 60 días naturales desde la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa de Mediador MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

J. Cómo presentar una queja

J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?

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

Quejas acerca de la calidad

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

Quejas acerca de la privacidad

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

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.

Guía rápida*: Cómo presentar una queja*

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 187.

- El personal de Molina Dual Options lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de Lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

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

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

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

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

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

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

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

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede comunicarse con el Programa de Mediador de MI Health Link al 1-888-746-6456.

NOTA: Los servicios de salud conductual están cubiertos por su Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud conductual, de discapacidad intelectual/de desarrollo y de trastorno de abuso de sustancias. Comuníquese con su PIHP para obtener información acerca de las quejas internas sobre los servicios de salud conductual. Si vive en el condado de Wayne, en el que se incluye a los residentes de Detroit, comuníquese con la Red de Salud Integrada de Detroit Wayne. Llame al 1-313-344-9099 (TTY: 1-800-630-1044). Si vive en el condado de Macomb, contacte al Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb. Llame al 1-855-996-2264 (TTY:711)

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Las quejas que son querellas deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no después de 30 días naturales luego de la fecha en que el Plan recibe la querella por vía oral o por escrito. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que solicite una respuesta por escrito o que la queja esté relacionada con la calidad de la atención. Las querellas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Las quejas pueden presentarse de forma oral llamándonos al (855) 735-5604, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este; o por escrito enviando un correo a: Molina Dual Options, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801.

> **El término legal** para “queja rápida” es “**queja acelerada**”.

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días naturales. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, **le informaremos** y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare se encuentra disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.

Usted puede informar a Medicaid de Michigan acerca de su queja

Usted también puede enviar su queja a Medicaid de Michigan. Llame a la Línea de Ayuda para Beneficiarios de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio de teléfono vía Internet.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local al:
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: 1-800-368-1019
Fax: 312-886-1807
TTY: 1-800-537-7697

También puede comunicarse con el Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono, llamando al 517-335-3165, o en línea en www.michigan.gov/mdcr/0,4613,7-138--272072--,00. Los usuarios de TTY deben llamar a TTY: 517-241-1965. También puede enviar un correo electrónico a MDCRServiceCenter@michigan.gov o un fax al 517-241-0546.

También puede tener derechos bajo la ley de estadounidenses con discapacidades y bajo la ley estatal. Puede llamar al Mediador de MI Health Link para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono para Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Puede contarle su queja al Programa de Mediador de MI Health Link

El Programa de Mediador de MI Health Link también ayuda a solucionar problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que se nos exige proporcionar. El Mediador de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos.

Puede contarle su queja al estado de Michigan

Si tiene un problema con Molina Dual Options, puede comunicarse con el Departamento de Seguro y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) al 1-877-999-6442, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a difs-HICAP@michigan.gov o un fax al 517-284-8837. También puede escribir a DIFS - Oficina de Servicios al Consumidor
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

En caso de quejas sobre la forma en que su proveedor cumple con sus deseos, llame al 517-373-9196, contáctese por internet en www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-89334_72600_73836---,00 o escriba a la siguiente dirección:

Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Míchigan
Oficina de Licencias Profesionales
ATTN: Compliant Intake Section
611 W. Ottawa Street
PO Box 30670
Lansing, MI 48909-8170
Teléfono: 517-241-0205
Correo electrónico: BPL-Complaints@Michigan.gov
FAX: 517-241-2389
Envíe las entregas para el día siguiente a la siguiente dirección:
Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios
Mail Services
2407 N. Grand River Avenue
Lansing, MI 48906
También puede llamar al 517-241-0205 o enviar un fax al 517-241-2389.
Para presentar una queja contra una enfermera autorizada, visite www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_73836---,00.

Para presentar una queja contra todos los demás profesionales de la salud autorizados, visite www.michigan.gov/documents/lara/lara_ED_200PKT_AllegationPkt_477156_7.pdf.

Capítulo 10: Terminar su membresía en Molina Dual Options

Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid de Michigan, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid 191

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan 191

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente 192

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado 192

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare 192

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan 194

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado 194

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía 195

G. Reglas en contra de hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud 196

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 196

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan 196

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Puede terminar su membresía en el Medicare Medicaid Plan Molina Dual Options en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Medicare Advantage Plan, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Medicare Original.

Los cambios entrarán en vigor el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su solicitud. Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la página 192
- Los servicios de Michigan Medicaid, en la página 194

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

- Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897.
- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Puede contactarse con el MMAP al 1-800-803-7174.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.

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

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, informe a Medicaid de Michigan o Medicare que quiere abandonar Molina Dual Options:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897 O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 192 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro Plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-888-263-5897. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en Medicare-Medicaid Plan. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Su cobertura con Molina Dual Options terminará en el último día del mes en que recibimos la solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado

Si no quiere inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de dejar de participar en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

Opción	Cambio
1. Puede cambiar a: **Un plan de salud de Medicare, como un Medicare Advantage Plan o Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE)**	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Opción	Cambio
2. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado**	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.

Opción	Cambio
3. Puede cambiar a: **Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado** **NOTA**: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podría inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. En Michigan, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP). Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan

Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Medicaid de Michigan a través de un pago por cada servicio.

Sus servicios de Medicaid de Michigan incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención médica conductual. Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicaid de Michigan.

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado

Si abandona Molina Dual Options, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid de Michigan. Consulte la página 196 para obtener

más información. Durante este periodo, seguirá recibiendo atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para que le surtan sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los adquiere en farmacias de la red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, por lo general su internación en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía

Estos son los casos en los que Molina Dual Options deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para Medicaid de Michigan. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid de Michigan. Si pierde elegibilidad para Medicaid de Michigan, puede tener hasta 90 días de plazo para recuperar elegibilidad. Este periodo es considerado el periodo de estimación.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro. Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podremos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid de Michigan:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.

- Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en contra de hacerlo dejar el plan por alguna razón relacionada con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios al 1-800-642-3195 (o 1-866-501-5656 para usuarios TTY), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. También debe llamar al programa MI Health Link Ombudsman al número 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a help@MHLO.org.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes 198

B. Aviso de no discriminación 198

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid como pagador de último recurso 199

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid de Michigan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al 1-800-482-3604.
- La información de contacto para su Oficina de Derechos Civiles es:

  233 N. Michigan Ave., Suite 240

  Chicago, IL 60601

  Teléfono: 1-800-368-1019

  Fax: 202-619-3818

  TTY: 1-800-537-7697

- También puede llamar al Departamento de Derechos civiles de Michigan al:
  110 W. Michigan Ave., Suite 800

  Lansing, MI 48933

  Teléfono: 517-335-3165

  Fax: 517-241-0546

  TTY: 517-241-1965

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid como pagador de último recurso

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Indemnización al Trabajador tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. Cumplimos con las regulaciones y leyes federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para asegurar que el programa Medicaid sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

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

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

Centro de cirugía ambulatoria Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Facturación de saldo: Una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Molina informa a los proveedores participantes que no se permite la facturación del saldo. Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, usted no deberá recibir ninguna factura de los proveedores. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

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

Coordinador de cuidados: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: Un plan para los servicios y apoyos que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Equipo de cuidado: Un grupo de cuidado puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener el cuidado que usted necesita. Su grupo de cuidados le ayudará a hacer un plan de cuidado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

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

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

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

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

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

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Categorías de medicamento: Las categorías son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se incluye en una de las tres (3) categorías.

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

Emergencia: Una 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 extremidad o de una función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

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

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en una audiencia formal y demuestre que la decisión que tomamos no es correcta.

Libertad para trabajar: Un programa que brinda cobertura de salud a personas con discapacidades que trabajan en Michigan y que de otro modo no son elegibles para Medicaid. Las personas en el programa Libertad para trabajar obtienen cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00 para encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS.

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

Quejas: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgo de salud: Una revisión del historial clínico de un paciente y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

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

Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Molina Dual Options debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda. Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser

considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Lista de Medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. Los LTSS incluyen servicios en residencia para ancianos y servicios de exención basado en el hogar y la comunidad. Los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para ancianos u hospital.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Médicamente necesario: Esto describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que deben cumplir con los niveles aceptados de práctica médica. Un servicio específico es médicamente determinado (clínicamente) como apropiado, necesario para cumplir con las necesidades, consistente con su diagnóstico o problemas de salud, la opción más económica en el ambiente menos restrictivo y es consistente con los niveles clínicos de atención médica. La necesidad médica incluye aquellos apoyos y servicios diseñados para ayudarlo a alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento suficiente para habilitarlo a vivir en su comunidad.

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

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

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

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios

para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Molina Dual Options incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid y que es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

***Manual del miembro* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Medicaid de Michigan (o Asistencia Médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid de Michigan. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Michigan Medicaid.

Modelo de atención: El Modelo de Atención es el plan de atención de Molina Dual Options para la coordinación de cuidados y servicios médicos para todos los miembros elegibles para proporcionar atención médica centrada en la familia y en el afiliado. Promueve el contacto entre los afiliados, los cuidadores y sus proveedores. Los afiliados pueden solicitar reuniones formales con todos sus proveedores de atención seleccionados juntos. El modelo de atención se creó para asegurar que nuestros miembros reciban la atención apropiada, en el lugar correcto y en el momento correcto.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención

médica, equipo médico, salud conductual, ayuda para el desorden en el uso de sustancias, discapacidad intelectual/desarrollo y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Casa o centro para convalecientes: Un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir los servicios en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratis. Puede encontrar más información acerca del mediador en el Capítulo 2 y 9 de este manual.

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

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

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

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

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

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés): se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

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

Cantidad que Paga el Paciente (PPA): La suma de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que está en una residencia para ancianos. Esta suma se basa en su ingreso y es establecida por el estado.

Información médica personal (también llamada información médica protegida [PHI]): Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Vea la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proceso de planificación centrado en la persona: Proceso de planificación y apoyo a la persona que obtiene los servicios. El proceso se basa en la decisión de la persona de realizar actividades que promuevan la vida en comunidad y que honren las preferencias, elecciones y capacidades de la persona. La persona lidera el proceso de planificación centrado en la persona que involucra familias, amigos, representantes legales y profesionales según la preferencia o pedido de la persona.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención médica primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

- Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

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

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están señalados en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Elementos protésicos y ortóticos: Estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para

reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención médica primaria (PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los especialistas de salud para mujeres. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Independencia: La independencia es una opción disponible para los afiliados que obtienen servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y tener el control sobre su propia vida. Esto incluye administrar una suma fija de dólares para cubrir los servicios y apoyos autorizados. A menudo, se lo denomina "presupuesto personalizado". Si decide hacer esto, también tendrá control para contratar y administrar sus proveedores.

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

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

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

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

Agencia de Medicaid del estado: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Esta es una agencia que hace funcionar al programa Medicaid de Michigan y que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por la atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo.

Terapia progresiva: Una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica requerida urgentemente: Atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no pueda acceder a ellos.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options

Método	Información de contacto
LLAME AL	(855) 735-5604. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.
FAX	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Fax: (248) 925-1767 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA	Para Servicios Médicos/Medicamentos de Medicaid: 880 West Long Lake Road, Suite 600 Troy, MI 48098 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals