# 2019 RESUMEN DE BENEFICIOS Michigan

### Plan Molina Dual Options MI Health Link Plan Medicare-Medicaid

Departamento de Servicios para Miembros (855) 735-5604, TTY/TDD: 711 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este





MolinaHealthcare.com/Duals

### Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Molina Dual Options. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro 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. Exenciones de responsabilidad	2
B. Preguntas frecuentes	3
C. Descripción general de los servicios	9
D. Otros servicios que cubre Molina Dual Options	25
E. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options	26
F. Servicios que Molina Dual Options, Medicare y Michigan Medicaid no cubren	27
G. Sus derechos como miembro del plan	28
H. Cómo presentar una queja o apelación sobre un servicio denegado	30
I. Qué debe hacer si sospecha de fraude	30

### A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan para 2019. Este es solo un resumen. Consulte el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios.

- \* Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- \* Con Molina Dual Options, usted puede obtener sus servicios de Medicare y Medicaid en un mismo plan de salud. Un administrador de cuidados de Molina Dual Options le ayudará a gestionar sus necesidades de cuidado de salud.
- \* Esta no es una lista completa. La información de beneficios proporcionada es un breve resumen y no una descripción completa de los beneficios. Para más información, póngase en contacto con el plan o lea en *Manual del miembro*.
- \* ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 735-5604, TTY/TDD: 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 / TDD al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST. La llamada es gratuita.

\* انتباه: اكنت تتحدث اللغة العربية، نوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على5604-735 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية / أجهزة اتصالات المعاقين: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي. هذه المكالمة مجانية.

- \* Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, tales como letra de molde, sistema Braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST. Esta llamada es gratuita.
- \* Para solicitar 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 (877) 901-8181, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
- Molina Dual Options cumple con las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

# **B.** Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro se observan las preguntas más frecuentes.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
¿Qué es el Medicare-Medicaid Plan?	Un Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Michigan para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas tanto con Medicare como con Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.
¿Qué es un coordinador de cuidados?	El coordinador de cuidados de Molina Dual Options es la persona principal con la que usted puede contactarse. Esta persona le ayudará a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted obtenga lo que necesita.
¿Qué son los servicios y asistencias a largo plazo?	Los servicios y asistencias a largo plazo son la ayuda para aquellas personas que necesitan asistencia para tareas diarias tales como tomar un baño, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su casa o su comunidad, pero podrían proporcionarse en una residencia para ancianos o en un hospital.
¿Obtendrá los mismos beneficios de Medicare y Michigan Medicaid que posee ahora con Molina Dual Options? (continúa en la siguiente página)	Obtendrá los beneficios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid directamente de Molina Dual Options. Un equipo de proveedores le ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Es decir que algunos de sus servicios actuales podrían cambiar. Si actualmente obtiene servicios para salud mental, abuso de sustancias o necesidades por discapacidad intelectual/del desarrollo, continuará obteniendo estos servicios del mismo modo que lo hace ahora.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
¿Obtendrá los mismos beneficios de Medicare y Michigan Medicaid que posee ahora con Molina Dual Options? (continuación de la página anterior)	Cuando se inscriba en Molina Dual Options, usted y su equipo de atención trabajarán en equipo para desarrollar un Plan individual de atención y apoyo integrado (IICSP, por sus siglas en inglés) que aborde sus necesidades de salud y asistencia. Puede continuar recibiendo la atención de sus médicos y sus servicios actuales durante hasta 90 o 180 días según el servicio, mientras se está completando su plan IISCP. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Molina Dual Options no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro provisional. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Molina Dual Options cubra su medicamento, si fuera médicamente necesario.
¿Puede ir a los mismos médicos que visita ahora?	<ul> <li>A menudo, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Molina Dual Options y tienen un contrato con nosotros, podrá seguir recibiendo su atención.</li> <li>Los proveedores que tienen un contrato con nosotros se consideran "dentro de la red". Usted debe utilizar los proveedores de la red de Molina Dual Options.</li> </ul>
	<ul> <li>Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de Molina Dual Options.</li> </ul>
	Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros o lea el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> de Molina Dual Options.
	Si Molina Dual Options es nuevo para usted, puede continuar recibiendo la atención de sus médicos actuales mientras se desarrolla su IICSP.
¿Qué sucede si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de Molina Dual Options se lo puede proporcionar?	La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no se pueda proporcionar dentro de nuestra red, Molina Dual Options pagará el costo de un proveedor fuera de la red.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
¿Dónde está disponible Molina Dual Options?	El área de servicio de este plan incluye: Condados Macomb y Wayne, Michigan. Usted debe vivir en una de estas áreas para afiliarse al plan.
¿Paga usted una suma mensual (también llamada prima) a Molina Dual Options?	Usted no pagará ninguna prima mensual a Molina Dual Options por su cobertura médica.
¿Qué es una autorización previa?	Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de Molina Dual Options 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. Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 del <i>Manual del miembro</i> para saber qué servicios requieren autorización previa.
¿Qué es una remisión?	Una remisión significa que su proveedor de cuidados primarios (PCP) debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. 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.  Consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> para obtener más información sobre cuándo deberá obtener una remisión de su PCP.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas			
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (continúa en la siguiente página)	Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicios, cobros o las tarjetas para miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros Molina Dual Options.			
	LLAME AL (855) 735-5604  Las llamadas a este número son gratuitas.  Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST  Opciones de autoservicio están disponibles durante los fines de semana, después de las horas hábiles y los fines de semana.  El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.  TTY  711  Las llamadas a este número son gratuitas.  Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST			
	Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día:			
	LLAME AL (844) 489-2541  Las llamadas a este número son gratuitas.  Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  La Línea de Consejos de Enfermeras también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.			

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas		
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)			
	LLAME A La Línea de información general del PIHP y la Línea de crisis de sconductual  Si es residente del condado de Wayne, comuníquese con la Autoridad mental de Detroit Wayne al 1-313-344-9099.  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. Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este	
		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 1-855-927-4747. Las llamadas a este número son gratuitas. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.	

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)	TTY  Llame a los números telefónicos TTY/TDD listados para: Autoridad de Salud Mental de Detroit Wayne: 1-800-630-1044, o Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb: 1-800-649-3777.  Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.  Las llamadas a este número son gratuitas.  Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este
¿Qué es la facturación de saldo?	La facturación de saldo está prohibida para los servicios cubiertos proporcionados a miembros elegibles de Medicaid y Medicare. Los proveedores pueden no facturar el saldo de los servicios y suministros brindados a los Beneficiarios Calificados para Medicare; para ellos, Medicaid es responsable de los deducibles, coseguros y copagos de los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare.

### C. Descripción general de los servicios

El siguiente cuadro es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted quiere consultar a un médico (Este servicio continúa en la siguiente página)	Consultas para atender una lesión o enfermedad	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican
	Consultas de rutina, como un examen físico	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican
			Consulta preventiva anual cada 12 meses.
	Transporte al consultorio médico	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa si el viaje supera las 100 millas.  Debe llamar con 3 días hábiles de anticipación para coordinar el transporte. Los viajes urgentes, de ser necesarios, están disponibles sujetos a aprobación. Se considera "viaje urgente" a aquel que se solicita con menos de 3 días hábiles de anticipación, y debe constituir una excepción de transporte urgente. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para viajes urgentes, llame al Departamento de Servicios para

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted quiere consultar a un médico (continuación de la página anterior)			Miembros de Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST  Los servicios de transporte a cualquier ubicación relacionada con la salud están
			cubiertos.
	Cuidados de especialista	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican  Vea a su médico de atención primaria para una remisión antes de ir a ver a un especialista.
	Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican
	Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez)	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican
Usted necesita análisis médicos. (Este servicio continúa en la siguiente página)	Análisis de laboratorio, como los de sangre	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa para algunos análisis.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita análisis médicos (continuación de la página anterior)			Los servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa.
	Radiografías u otras imágenes, como las tomografías axiales computarizadas	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa  Los servicios de radiografía para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar el cáncer	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición(Este servicio continúa en la siguiente página)	Medicamentos genéricos (no de marca)	\$ 0 de copago para un suministro de 31 días.	Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos) de Molina Dual Options para obtener más información.  Hay un suministro de 90 días disponible en una farmacia minorista y de pedido por correo sin costo adicional.  Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación de la página anterior)			tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección.  Puede haber algunos medicamentos que estén limitados a suministros de 31 días.  Algunos medicamentos tienen límites de cantidades.  Su proveedor debe obtener autorización previa de Molina Dual Options para ciertos medicamentos.
	Medicamentos de marca	\$ 0 de copago para un suministro de 31 días.	Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos) de Molina Dual Options para obtener más información. Hay un suministro de 90 días disponible en una farmacia minorista y de pedido por correo sin costo adicional. Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección. Puede haber algunos medicamentos que estén limitados a suministros de 31 días.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación de la página anterior)			Algunos medicamentos tienen límites de cantidades. Su proveedor debe obtener autorización previa de Molina Dual Options para ciertos medicamentos.
	Medicamentos recetados o de venta libre que no son de Medicare	\$ 0	Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (Lista de medicamentos) de Molina Dual Options para obtener más información.
	Artículos de venta libre (OTC)	\$ 0	Cubrimos productos no recetados de venta libre (OTC) como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicinas para la tos/el resfriado y vendas. Obtiene \$ 75.00 cada 3 meses que puede gastar en artículos aprobados por el plan. Su asignación mensual está disponible para usar en enero, abril, julio y octubre. Cualquier monto en dólares que no use se pasará a los siguientes 3 meses. Asegúrese de gastar todo antes de fin de año porque expira al final del año natural. El envío no le costará nada.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación de la página anterior)			No necesita una receta médica de su médico para comprar productos OTC.
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.  Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Lea el <i>Manual del miembro</i> para obtener más información sobre estos medicamentos.
Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente	Terapia física, ocupacional o del habla	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de emergencia	Servicios de la sala de emergencias	\$ 0	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.
	Servicios de ambulancia	\$ 0	No se requiere autorización para servicios de transporte de emergencia.  Pueden aplicarse reglas de autorización previa para servicios de ambulancia no urgentes.
	Atención médica urgente	\$ 0	Puede recibir servicios de atención médica urgente cuando la necesita, en cualquier lugar en EE. UU. o en sus territorios, sin autorización previa. La atención médica urgente no tiene cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención en un hospital	Estadías en el hospital	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.  Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital
	Cuidados de un médico o cirujano	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican. Pueden aplicar los requisitos de remisión.
Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican.
	Equipo médico para cuidados en el hogar	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Atención de enfermería especializada	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
Usted necesita atención de la vista (Este servicio continúa en la siguiente página)	Exámenes de los ojos	\$ 0	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista.  Examen de la vista rutinario (1 examen cada año)

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de la vista (continuación de la página anterior)	9		Se requiere autorización previa solamente para lentes de contacto.  Lentes de contacto (1 por año)  Par de lentes (marco y lentes) (1 por año)  Marcos de anteojos (1 por año)  Lentes de anteojos (1 por año)
	Asistencia para la visión disminuida	\$ 0	El plan pagará por ayuda básica y fundamental para visión reducida (tal como lupas, lectores y otra ayuda para visión reducida).
Usted necesita atención dental (Este servicio continúa en la siguiente página)	Chequeos dentales, exámenes, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones dentales, dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales	\$ 0	Las endodoncias y las coronas no están cubiertas.  Los exámenes y las evaluaciones están cubiertos una vez cada seis meses.  La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses.  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.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención dental (continuación de la página anterior)			<ul> <li>Una radiografía de boca completa o un servicio completo de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada cinco años.</li> <li>Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una vez cada cinco años.</li> </ul>
Usted necesita servicios de audición o auditivos. (Este servicio continúa en la siguiente página)	Exámenes preventivos de audición	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa Pueden aplicarse requerimientos de remisiones.
	Ajuste y evaluación de audífonos	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.  Pueden aplicarse requisitos de remisión.  El ajuste/evaluación de audífonos se ofrece 2 veces por año.
	Audifonos	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.  Pueden aplicarse requisitos de remisión.  Examen de audición y aparatos auditivos (incluidos audífonos, mantenimiento y reparación de audífonos) serán cubiertos para todas las edades.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita servicios de audición o auditivos (continuación de la página anterior)			Los audífonos están cubiertos una vez cada 5 años.  Las baterías para audífonos son distribuidas, 36 baterías desechables cada
			6 meses.
Usted tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	\$ 0	Las reglas de autorización previa no aplican. La cobertura incluye entrenamiento de autogestión y programa de manejo de enfermedades para diabéticos.
	Suministros y servicios para la diabetes	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. El beneficio incluye suministros de control de la diabetes y calzado o plantillas ortopédicos.
Usted tiene una afección de salud mental	Servicios de salud conductual	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Provisto a través del Plan Prepago de Salud para Paciente Internado (PIHP). El Plan Prepago de Salud para Paciente Internado debe aprobar la admisión para una internación psiquiátrica en hospital. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Tiene preocupaciones relacionadas con el abuso de sustancias	Servicios contra el abuso de sustancias	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.  Provisto a través del Plan Prepago de Salud para Paciente Internado (PIHP).  El Plan Prepago de Salud para Paciente Internado debe aprobar la admisión para los servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de sustancias.  Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio.  Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio.
Usted necesita equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (Este servicio continúa en la siguiente	Sillas de ruedas	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
página)	Nebulizadores	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Muletas	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Andadores	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita equipo médico duradero			
(DME, por sus siglas en inglés) (continuación)	Equipos y suministros de oxígeno	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
Usted necesita ayuda para su vida en casa. (Este servicio continúa en la siguiente página)	Entrega de alimentos a su casa	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c). Limitado a 2 comidas por día.
	Servicios de tarea, como tareas domésticas pesadas y cortar el césped y rastrillar	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
	Servicios de enfermería preventivos	\$ 0	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).  Se limitan a no más de dos horas por consulta.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación de la página anterior)	Servicios de enfermería privados para proporcionar servicios de enfermería especializada en su hogar	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c). Pueden aplicar los requisitos de remisión. Limitado a 16 horas al día.
	Servicios fiscales intermediarios para ayudarlo a controlar su presupuesto y elegir al personal para que trabaje con usted	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
	Modificaciones ambientales a su hogar, como agregar rampas y ampliar puertas	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
	Servicios expandidos para vivir en comunidad para ayudarlo a completar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación de la página anterior)	Servicios de cuidado personal (es posible que pueda contratar su propio asistente. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información).	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS)*	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Tecnología de asistencia	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
	Servicios de atención médica domiciliaria	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa
	Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo	\$ 0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
			Los servicios se proporcionan por cuatro horas o más por día regularmente según el cronograma, uno o más días por semana, de acuerdo a sus necesidades.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle	Atención médica en un centro de enfermería*	Es posible que se requiera un monto pagado por el paciente.	Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Los servicios solo están disponibles para individuos que cumplan con los estándares de Determinación del Nivel de atención para un centro de enfermería Michigan Medicaid.
Su cuidador necesita una pausa	Cuidado de respiro	\$ 0	Pueden aplicar reglas de autorización previa. Servicios generales: Hasta 14 consultas por año Servicio de exención: Servicios disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c). El cuidado de respiro también está disponibles para los miembros que
			disponibles para los miembros que reciben cuidados paliativos.

### D. Otros servicios que cubre Molina Dual Options

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual del miembro* para conocer otros servicios cubiertos.

Otros servicios cubiertos por Molina Dual Options	Sus costos para proveedores dentro de la red
Servicios de podología	\$ 0 Examen para el cuidado de los pies (hasta 6 consultas por año)
Beneficio de alimentos	\$ 0 Los miembros que califican obtienen el beneficio de alimentos adicional de 56 comidas entregadas durante 4 semanas, de acuerdo a sus necesidades.
Beneficio de gimnasio	\$ 0 FitnessCoach® le ofrece acceso a los gimnasios participantes o al programa de gimnasio en el hogar si no puede visitar un gimnasio, o prefiere hacer ejercicio desde su casa.
Educación para la salud	\$ 0
Sesiones adicionales de Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco	\$ 0

### E. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarse sobre otros servicios no cubiertos por Molina Dual Options, pero que estén disponibles a través de Medicare o Michigan Medicaid.

Otros servicios cubiertos por Medicare o Michigan Medicaid	Sus costos
Servicios del Plan Prepago de Salud para Paciente Internado (PIHP): atención de salud conductual para pacientes internados, servicios para pacientes ambulatorios con trastorno de abuso de sustancias y servicios de hospitalización parcial	
Algunos servicios de cuidado paliativo y de atención médica	\$ 0

### F. Servicios que Molina Dual Options, Medicare y Michigan Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar sobre otros servicios excluidos.

Servicios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Michigan Medicaid	
Acupuntura y otras terapias alternativas	
Cirugía cosmética o trabajo cosmético	
Cobertura de emergencia en todo el mundo	

### G. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Molina Dual Options, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin ser denegado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- Tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad. Esto incluye el derecho a:
  - Recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago ni capacidad para hablar
  - Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letras grandes, sistema Braille o audio)
  - Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión
  - o Que los proveedores de la red no le facturen nada
- Tiene derecho a recibir información sobre su atención médica. Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de atención médica y administradores de cuidados

- Tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluido el derecho a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año
  - Consultar a un proveedor de atención médica para mujeres sin remisión
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas o no
  - Rechazar tratamientos, aunque su médico aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos
  - Solicitar una segunda opinión. Molina Dual Options pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
- Usted tiene derecho al acceso oportuno a atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a:
  - Recibir atención médica oportunamente

- Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica.
   Esto significa acceso libre sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
- Tener intérpretes que lo ayuden a comunicarse con sus médicos y su plan de salud.
- Tiene derecho a buscar atención médica urgente y de emergencia cuando lo necesite. Significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia
  - Ver a un proveedor de atención médica de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario.

- Tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad. Esto incluye el derecho a:
  - Consultar y obtener una copia de sus expedientes médicos de manera que pueda comprenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones a estos.
  - Que su información médica personal se mantenga privada.
- Tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Pedir una audiencia imparcial estatal.
  - Obtener una explicación detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte el *Manual del miembro* de Molina Dual Options. Si tiene preguntas, también puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options.

### H. Cómo presentar una queja o apelación sobre un servicio denegado

Si tiene una queja o piensa que Molina Dual Options debe cubrir algo que denegamos, llame a Molina Dual Options al número que aparece al final de la página. Usted puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas o apelaciones, puede consultar el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de Molina Dual Options. Usted también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options.

Molina Dual Options

Attn: Grievances and Appeals

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801-9977

Fax: (562) 499-0610

### I. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de atención médica y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, pueden existir algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está cometiendo un error, por favor, comuníquese con nosotros.

- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options. Los números de teléfono están en la cubierta de este resumen.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- O póngase en contacto con la Línea directa de la División contra el fraude en atención médica de la Fiscalía General por teléfono al (800) 24-ABUSE [800-242-2873], por correo electrónico a hcf@michigan.gov, o complete el Formulario de denuncia de fraude de Michigan Medicaid por Internet en https://secure.ag.state.mi.us/complaints/medicaid.aspx.





Departamento de Servicios para Miembros (855) 735-5604, TTY/TDD: 711 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este