



Molina Dual Options MI-Health Link

Medicare-Medicaid Plan

2021 | Resumen de Beneficios

Michigan H7844-001

Sirviendo a los condados de Wayne y Macomb

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Molina Dual Options. Incluye respuestas a las preguntas más frecuentes, información de contacto importante, un resumen 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 más frecuentes	
C. Resumen de los servicios	
D. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options	27
E. Servicios que Molina Dual Options, Medicare y Michigan Medicaid no cubren	
F. Sus derechos como miembro del plan	29
G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado	30
H. Qué hacer si sospecha de fraude	

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan para 2021. Este es solo un resumen. Consulte el *manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios.

- * El Plan de Molina Dual Options MI Health Link, (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- * Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- * Con Molina Dual Options, puede obtener sus servicios de Medicare y Medicaid de Míchigan en un mismo plan de salud. Un coordinador de cuidados lo ayudará a gestionar sus necesidades de atención médica.
- * Esta no es una lista completa. La información de beneficios proporcionada es un breve resumen y no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con la oficina del plan o lea el *manual del miembro*.
- * 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. This 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: 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.

* También puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, tales como letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita.

- * Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma 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 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.
- * El Manual del Miembro de 2021 estará disponible a partir del 15 de octubre. Una copia actualizada del manual del miembro de 2021 está siempre a su disposición en nuestra página web www.MolinaHealthcare.com/Duals. También puede comunicarse 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., EST para pedirnos que le enviemos por correo un manual del miembro de 2021.

B. Preguntas frecuentes

En la siguiente tabla se observan las preguntas más frecuentes.

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas
¿Qué es el Medicare-Medicaid Plan?	Un Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Michigan Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas que poseen tanto Medicare como Michigan Medicaid. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarlo 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? (Esta seción 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 (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas
¿Obtendrá los mismo beneficios de Medicare y Michigan Medicaid que posee ahora con Molina Dual Option? (Continuación)	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) 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 IICSP. Cuando usted se inscribe a nuestro plan, si toma algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Molina Dual Options no cubre 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?	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.
	• 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.
	• 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.
	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.

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas		
¿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 cost de un proveedor fuera de la red.		
¿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. (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 su oficina local del MDHHS).		
¿Qué es una autorización previa?	Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de Molina Dual Options ant que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fue la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aproba Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, ne 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 la Sección D del Capítulo 4 del <i>Manual del Miembro</i> para saber qué servicios requieren autorización previa.		
¿Qué es una remisión? (Esta sección continúa en la siguiente página)	Una remisión significa que su proveedor de cuidados primarios (PCP, primary care provider) 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.		

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas			
¿Qué es una remisión? (Continuación)	Consulte el Capítulo 3 del <i>manual del miembro</i> para obtener más información sobre cuándo deberá obtener una remisión de su PCP.			
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (Esta sección continúa en la siguiente página)	Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicios, los cobros o las tarjetas para miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options:			
	LLAME AL (855) 735-5604 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. 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. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.			

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (Continuación)	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.
	TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas		
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (Continuación)	Si tiene preguntas sobre los servicios y recursos de salud conductual, llame a la Línea de Información General del PIHP. Si necesita servicios de salud conductual, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual para el Plan Prepago de Salud para Paciente Internado (PIHP).		
	LLAME A Láneas de Información General del PIHP: Si es residente del condado de Wayne, comuníquese con la Red de Salud Integ 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.		
	Los residentes del condado de Macomb deben comunicarse con el Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb llamando al 1-855-99. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este		
		Líneas de Crisis 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, que está disponible 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, que está disponible las 24 horas del día, al 1-586-307-9100. Las llamadas a este número son gratuitas. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.	
		r r	

Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	Respuestas	
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (Continuación de la página anterior)	TTY Llame a los números telefónicos TTY listados para: Red de Salud Integrada de Detroit Wayne: 1-800-630-1044, o Centro Comunitario de Salud Mental del condado de Macomb: 711	
		Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.
¿Qué es la facturación de saldo?	La facturación del saldo ocurre cuando usted recibe una factura de su proveedor por servicios deben estar cubiertos. La facturación de saldo está prohibida para los servicios cubiertos proporcionados a miembros elegibles de Medicaid y Medicare. Los proveedores pueden no factuel saldo de los servicios y suministros brindados a los Beneficiarios Calificados para Medicare para ellos, Medicaid es responsable de los deducibles, coseguro y copagos de los servicios cubier de Medicare Parte A y Parte B.	

C. Resumen de los servicios

La siguiente tabla 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	Consultas para atender una lesión o enfermedad	\$0	Las reglas de autorización previa no aplican.
página)	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 Miembros de Molina Dual Options al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a

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)			viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.
			Los servicios de transporte a cualquier ubicación relacionada con la salud están cubiertos.
	Cuidados de especialista	\$0	Las reglas de autorización previa no aplican.
	Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe	\$0	Las reglas de autorización previa no aplican.
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una sola vez)	\$0	Las reglas de autorización previa no aplican.
Usted necesita análisis médicos	Análisis de laboratorio, como los de sangre	\$0	Se pueden aplicar reglas de autorización previa para pruebas y servicios de laboratorio ambulatorios seleccionados.
	Radiografías u otras imágenes, como las tomografías axiales computarizadas (CAT, computerized axial tomography)	\$0	Los servicios de radiografía para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa.
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Pruebas 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

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)			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. 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

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)			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 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.
	Elementos de venta libre (OTC)	\$0	Cubrimos productos no recetados de venta libre (OTC) como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicinas para la tos/el catarro y vendas. Usted recibe \$75 cada 3 meses que puede gastar en elementos 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

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)			año porque expira al final del año natural. No necesita una receta médica para comprar productos OTC.
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B	\$0	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. Pueden aplicar reglas de autorización previa.
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.
	Cuidado urgente	\$0	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 tiene cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
Usted necesita cuidados hospitalarios (Este servicio continúa en la siguiente página)	Estadías en el hospital	\$0	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital si es médicamente necesario.

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 cuidados hospitalarios (continuación)			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Cuidados de un médico o cirujano	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Equipo médico para atención a domicilio	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Usted necesita atención de la vista	Exámenes de los ojos	\$0	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista.
			Examen de la vista rutinario (1 examen cada 2 años)
	Anteojos	\$0	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)
			Se requiere autorización previa solamente para lentes de contacto.
	Asistencia para la visión disminuida	\$0	El plan pagará por ayuda básica y fundamental para visión reducida (tales como lupas, lectores, etc.).

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	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. El tratamiento con fluoruro diamino de plata es un beneficio cubierto con un máximo de 6 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 periapical total o radiografía seriada completa es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una vez cada cinco años.
Usted necesita servicios de audición o auditivos (Este servicio continúa en la siguiente página)	Exámenes preventivos de audición	\$0	Pueden aplicarse requisitos de remisión. 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 servicios de audición o auditivos (continuación)	Ajuste y evaluación de aparatos auditivos	\$0	El ajuste/evaluación de aparatos auditivos se ofrece 2 veces por año.
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
			Pueden aplicarse requisitos de remisión.
	Aparatos auditivos	\$0	Examen auditivo y aparatos auditivos (incluidos aparatos auditivos, mantenimiento y reparación de aparatos auditivos) serán cubiertos para todas las edades.
			Los aparatos auditivos están cubiertos una vez cada 5 años.
			Cada 6 meses se distribuyen 36 pilas por aparato auditivo.
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
			Pueden aplicarse requisitos de remisión.
Usted tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca (Este servicio continúa en la siguiente	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	\$0	La cobertura incluye entrenamiento de autogestión y programa de manejo de enfermedades para diabéticos.
página)			Las reglas de autorización previa no aplican.
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	El beneficio incluye suministros de monitoreo de la diabetes y calzado o plantillas ortopédicos.

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 tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca (continuación)			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Usted tiene una afección de salud mental	Servicios de salud conductual	\$0	Provisto a través del Plan Prepago de Salud para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP). El Plan Prepago de Salud para Pacientes Internados debe aprobar la admisión para una internación psiquiátrica en hospital. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital si es médicamente necesario. 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)
Tiene preocupaciones relacionadas con el abuso de sustancias	Servicios contra el abuso de sustancias	\$0	Provisto a través del Plan Prepago de Salud para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP). El Plan Prepago de Salud para Pacientes Internados debe aprobar la admisión para los servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias. Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio. Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio. Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Programa de tratamiento de opioides	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Usted necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)	Sillas de ruedas	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
(Este servicio continúa en la siguiente 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 (durable medical equipment, DME) (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	Limitado a 2 comidas por día. Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Servicios de tarea, como tareas domésticas pesadas y cortar el césped y rastrillar	\$0	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	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.
	Servicios de enfermería privados para proporcionar servicios de enfermería especializada en su hogar	\$0	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
			Pueden aplicarse requisitos de remisión. 16 horas todos los días.
			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 ayuda para su vida en casa. (continuación)	Servicios fiscales intermediarios para ayudarlo a controlar su presupuesto y elegir al personal para que trabaje con	\$0	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
	usted		Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Modificaciones ambientales a su hogar, como agregar rampas y ampliar puertas	\$0	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	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	Servicios solo disponibles para individuos con la exención de MI Health Link 1915(c).
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	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 aplicarse reglas de autorización previa.
	Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Tecnología de asistencia	\$0	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)			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Servicios de atención médica domiciliaria	\$0	Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo	\$0	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.
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Usted necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle	Atención médica en un centro de enfermería	Es posible que se requiera una Cantidad que Paga el Paciente (PPA).	Los servicios solo están disponibles para individuos que cumplan con los estándares de determinación del nivel de atención para un centro de enfermería de Medicaid en Michigan.
			Pueden aplicar reglas de autorización previa.
Su cuidador necesita una pausa (Este servicio continúa en la siguiente	Servicios de cuidado de respiro	\$0	Servicios generales: hasta 14 consultas por año.
página)			Todos los miembros son elegibles para los servicios de respiro si se cumplen los requisitos.

Su cuidador necesita una pausa (continuación)			los beneficios)
(continuación)			Los servicios de cuidado de respiro también están disponibles para los miembros que reciben cuidados paliativos. Pueden aplicar reglas de autorización previa.
servicio continúa en la siguiente pa	desiones adicionales de Asesoramiento ara dejar de fumar o consumir tabaco	\$0	
	Beneficio de gimnasio	\$0	El Programa "Silver&Fit®" ofrece acceso a los gimnasios que participan y al programa de ejercicio físico en el hogar. Visite SilverandFit.com para encontrar un gimnasio e inscribirse en el programa de ejercicios en el hogar. Si decide hacer ejercicio en un gimnasio participante y tiene un cuidador, puede traerlo con usted para que le ayude a usar los servicios y los equipos del gimnasio. Si usted elige hacer ejercicio con el programa de ejercicio físico en el hogar, puede escoger de una variedad de kits cada año natural hasta 2 kits de gimnasio en el hogar y 1 kit para mantenerse activo en la comodidad de su casa. Se cubre un monitor de actividad física.
E	Educación para la salud	\$0	

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)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Terapia de infusiones en el hogar	\$0	El plan pagará la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar.
	Beneficio de alimentos	\$0	Los miembros elegibles pueden obtener los beneficios de alimentos adicionales de 56 comidas durante 4 semanas, de acuerdo con sus necesidades. Pueden aplicar reglas de autorización previa.
	Servicios de podología	\$0	Atención médica rutinaria para pies (hasta 6 consultas por año)
	Telesalud	\$0	

D. 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	\$0
Algunos servicios de cuidado paliativo	\$0
Acupuntura cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico	\$0

E. 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	
Terapias alternativas	Anulación de proceso de esterilización
Cirugía estética o tratamiento estético	Medicamentos experimentales/de investigación
Cobertura de emergencia en todo el mundo	Dispositivos, equipos, procedimientos o agentes biológicos
Servicios de infertilidad y abortos electivos	

F. 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 inglés
 - Reciba información en otros formatos (por ejemplo, letras grandes, sistema Braille o audio)
 - Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión
 - No recibir facturas de proveedores
- 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
 - o 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 de 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 con su plan de salud
- Tiene derecho a buscar cuidado urgente y de emergencia cuando lo necesite. Significa que tiene derecho a:
 - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia
 - Consultar a un proveedor de atención de emergencia o urgencia 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.

G. 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

H. 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.
- También puede ponerse en contacto con la Línea directa de la División contra el Fraude en Atención Médica de la Fiscalía General por teléfono, llamando 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 que se encuentra en línea en secure.ag.state.mi.us/complaints/medicaid.aspx.

